

**EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN COLOMBIA**

LUZ STELLA SANDOVAL GUARIN

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA
FACULTAD DE DERECHO
BARRANQUILLA
2013**

**EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN COLOMBIA**

LUZ STELLA SANDOVAL GUARIN

Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título de
Abogado

Dra. Ligia Romero

**UNIVERSIDAD DE LA COSTA
FACULTAD DE DERECHO
BARRANQUILLA
2013**

Aceptado

Jurado

Jurado

Presidente del Jurado

Barranquilla, Junio 13 de 2013

AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser el motor espiritual que me guía en la vida. A la Doctora Ligia Romero por ser mi guía, por la paciencia, por estar atenta al presente trabajo y sobre todo por todo el aprendizaje para hacerlo cada día mejor.

A mi esposo y a mi hermano que me acompañó en esta aventura que significó este segundo peldaño de pregrado y que de manera incondicional, comprendieron y tuvieron paciencia por mis ausencias y mis malos momentos. A mi hermano porque desde el principio de este proyecto profesional me brindó ánimo para no dejarme desfallecer frente a las dificultades que se me presentaron. Gracias también a mis queridos compañeros y amigos, que me apoyaron y me permitieron entrar en sus vidas durante los años de estudio compartiendo sus experiencias y alegrías.

CONTENIDO

RESUMEN -ABSTRAC	6
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACION	18
3. OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo General	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4. IMPACTO Y RESULTADOS	22
5. REFERENTES TEORICOS	23
5.1 Antecedentes	23
5.2 Marco Teórico	25
5.3 Marco Legal	31
6. APORTES DE LAS LEYES 1122/07 Y 1438/ 2011, CON EL OBJETIVO DESARROLLAR EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD	32
7. CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.	40
8. REFORMAS DEL SISTEMA SALUD EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.	48
9. METODOLOGIA	62
9.1 Tipo de Estudio	62
9.2 Instrumentos de Recolección	62
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	68

RESUMEN

El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. La persona se afilia a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefieren, recibe su Carnet de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), como verá más adelante.

En Colombia, con la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, lo cual generó cambios profundos a partir de 1994 en cuanto a la organización, funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud.

Los subsistemas están organizados en forma descentralizada y comprenden los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud.

Con la Ley 1438 de 2011, se fortaleció el principio de universalidad, puesto que generó mayor cobertura a la población y de esta forma se trata de prestar un servicio ligado a la atención primaria en salud, permitiendo la acción coordinada del Estado, las instituciones y sociedad para el mejoramiento de la salud y creación de un ambiente sano y saludable, cuya meta aun pendiente por llegar que es brindar a toda la población un servicio con calidad, a todos los residentes del país.

Palabras claves: Seguridad social, universalidad, entidad promotora de salud.

ABSTRAC

The Social Security System (SGSS) is the way it provides insurance to cover health expenses to the inhabitants of the country, Colombians and foreigners. The person joins the Healthcare Promotion Entity (EPS) they prefer, get your Health Card and becomes part of the Social Security System in Health. Receives services through a Lending Institution Services (IPS), as discussed below.

In Colombia, Law 100 of 1993, created the Social Security System in Health SGSSS, generating profound changes since 1994 in terms of organization, operation and financing of health services.

The subsystems are organized in a decentralized and regulatory instruments include the Reform and the agencies responsible for its design and implementation, including the National Council for Social and Economic Policy-CONPES, the Ministry of Health, National Health Social Security CNSSS, the National Health and Territorial Health Directorates.

With the 1438 Act of 2011, strengthened the principle of universality, since generated more coverage to the population and in this way provide a service is linked to primary health care, allowing the coordinated action of the State, institutions and society for improving health and creating a healthy environment and healthy, even slope whose goal is to reach the entire population providing a quality service to all residents of the country.

Keywords: Social Security, universal, health promoter.

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es la forma como se brinda un seguro que cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. Las personas se afilian a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefieran, recibe un Carné de Salud y entra a formar parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS), que como verá más adelante, le traerá muchos beneficios.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. Al Régimen Contributivo, se deben afiliar las personas que tienen una vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago como los trabajadores formales e independientes, los pensionados y sus familias. (Cartilla Ministerio de la Protección Social - 2004).

De acuerdo con el Artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el Sistema General de Seguridad Social en Salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes ya señalados. Sin embargo, a la fecha, septiembre de 2012, no se ha alcanzado aún la cobertura universal, lo cual se puede explicar, de una parte, por la insuficiencia de recursos para cobijar a la población vulnerable a través del régimen subsidiado y, de otra, por la falta de dinamismo en la creación de empleo en el sector formal, la cual determina el aumento de la población beneficiaria del régimen

contributivo. Lo anterior plantea una doble dificultad para ampliar las coberturas de salud a través de los dos regímenes existentes debido a que su financiación depende esencialmente de la generación de empleo formal. (Ley 100 de 1993).

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos.

En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretendió transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

Realmente mostró una cobertura deficiente del doble de esta población (55%), con enormes diferencias regionales. El financiamiento basado en criterios históricos y presiones

institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud

Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (15%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Constitución Colombiana de 1991 estableció un concepto de seguridad social que posteriormente, y gracias a la ley 100 de 1993 se redefinió como sistema de seguridad social integral, orientado a conseguir la cobertura universal y crear un ambiente desmonopolizado que propicie la libre competencia y la libre elección. Producto de esto, surge el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) que abarca las aseguradoras sociales y/o entidades prestadoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS), esto enmarcado en un sistema dividido en diferentes regímenes: el régimen subsidiado y el régimen contributivo, el régimen vinculado y los regímenes especiales, todos a su vez articulados a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

En nuestro país existen diferentes niveles de atención en salud, enumerados en orden ascendente de manera directamente proporcional a la complejidad o especialización de la atención. Tenemos entonces para el Nivel 1 cerca del 80% del total de la atención de pacientes; para Nivel 2 y 3 un 15%; y el 5% restante se encuentra en otra categoría que para fines prácticos denominaremos Alto Costo. (Revista Salud Pública - 2000). . (Jaramillo, 1999).

El Nivel 1 se reduce a la atención básica o primaria en salud, donde no se cuenta con especialistas ni con procedimientos complejos, el mejor ejemplo de esto es el Hospital Local o Regional. Los Niveles 2 y 3 cuentan con algunas especialidades como Medicina

Interna, Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesiología y Cirugía (Cirugías de leves a moderadas en complejidad). La categoría de Alto Costo incluye enfermedades que como su nombre lo indica generan gastos elevados, como son el cáncer, el VIH-SIDA, quemaduras graves, enfermedades congénitas que requieran tratamiento, traumas severos, rocedimientos como diálisis, cirugías cardíacas y neurológicas, algunos trasplantes, entre otras.

De acuerdo con el aumento de la contribución a partir de enero de 1995 (del 7% al 11% del ingreso base de cotización), la Ley 100 consagró la cobertura del plan obligatorio de salud –POS– para el cotizante y su grupo familiar –el o la cónyuge, los hijos hasta los 18 años o hasta los 25 si estudian y los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente, permitiendo también la afiliación de otras personas dependientes del cotizante mediante un pago adicional. Además del incremento en la cotización, se estableció un régimen de pagos compartidos (copagos y cuotas moderadoras) para contribuir a la financiación de las prestaciones. (Jaramillo, 1999).

Como puede advertirse tanto el porcentaje de aportes como la cobertura han evolucionado, y en la actualidad los aportes corresponde al 12.5 % para los trabajadores activos y 12% para los pensionados; y en cuanto a los servicios integrales se observa algunos avances importantes, sin desconocer que a la presente data todavía falta la concretización y efectivización de este derecho fundamental.

La Sentencia C-336/08 declara que la dignidad humana representa el primer fundamento del Estado social de derecho que implica consecuencias jurídicas a favor de la persona, como también deberes positivos y de abstención para el Estado a quien corresponde velar porque ella cuente con condiciones inmateriales y materiales adecuadas para el desarrollo de su proyecto de vida. Por condiciones inmateriales se entienden los requerimientos éticos, morales, axiológicos, emocionales e inclusive espirituales que identifican a cada persona y que siendo intangibles e inmanentes deben ser amparados por el Estado, pues de otra manera la persona podría ser objeto de atentados contra su fuero íntimo y su particular manera de concebir el mundo. Por condiciones materiales han de entenderse los requerimientos tangibles que permiten a la persona vivir rodeada de bienes o de cosas que, según sus posibilidades y necesidades, le permiten realizar su particular proyecto de vida.

Consideramos que la dignidad humana como derecho fundamental, se ha tratado de implementar en la prestación del servicio de salud, para ello las altas cortes, han contribuido con el precedente judicial, en especial a través de la acción de tutela, que es uno de los instrumentos jurídicos más utilizados por los ciudadanos para poder hacer efectivo este derecho fundamental.

En este orden de ideas, la Corte Constitucional en la sentencia precitada advirió: “La potestad de configuración del legislador debe someterse, entre otras, a un catálogo de reglas generales como son: (i) el reconocimiento de la seguridad social como un derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio nacional y, a su vez, (ii) como un

servicio público obligatorio cuya dirección, control y manejo se encuentra a cargo del Estado; (iii) se admite la posibilidad de autorizar su prestación no sólo por entidades públicas sino también por particulares; (iv) el sometimiento del conjunto del sistema a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a los que el Acto legislativo 01 de 2005 añadió en materia de pensiones el principio de sostenibilidad financiera. Precisándose que la Corporación ha hecho énfasis en que la universalidad implica que toda persona tiene que estar cobijada por el sistema de seguridad social y que no es posible constitucionalmente que los textos legales excluyan grupos de personas, pues ello implica una vulneración al principio de universalidad”.

Así mismo, en la sentencia antes anotada la Corte Constitucional, frente al punto de las parejas homosexuales y sus derechos a la seguridad social en salud, analizó: A la luz de las disposiciones superiores, no aparece justificación alguna que autorice un trato discriminatorio en virtud del cual las personas que conforman parejas homosexuales no puedan acceder a la pensión de sobrevivientes en las mismas condiciones que lo hacen quienes integran parejas heterosexuales. Con el fin de remover el trato discriminatorio hacia las parejas homosexuales en cuanto al beneficio de la pensión de sobrevivientes, la protección otorgada a los compañeros y compañeras permanentes de las parejas heterosexuales, debe ser ampliada a los compañeros y compañeras permanentes de las parejas homosexuales, por cuanto no existe un fundamento razonable y objetivo suficiente para explicar el trato desigual al que vienen siendo sometidas las personas que en ejercicio

de sus derechos al libre desarrollo de la personalidad y a la libertad de opción sexual, han decidido conformar una pareja con una persona de su mismo género.

Por primera vez, la Corte Constitucional en la Sentencia mediante sentencia, C-075 de 2007, estableció el precedente constitucional en materia de parejas homosexuales, en la mencionada sentencia la Corte decidió que el régimen patrimonial de la unión marital de hecho, previsto para las parejas heterosexuales, debía ser extendido a las parejas conformadas por personas del mismo sexo. Explican que según el precedente la exclusión de las parejas del mismo sexo de los beneficios otorgados a las parejas heterosexuales, en especial del régimen de seguridad social, estaban justificadas cuando estos beneficios tenían el propósito de proteger a la familia. En esta misma sentencia C-075 de 2007 la Corte Constitucional considero, que todo tratamiento diferenciado motivado en la orientación sexual debe ser analizado mediante un control constitucional estricto.

Es de recordar que esta problemática no solo atañe a las personas que por su condición sexual no podía acceder al sistema de Seguridad Social en Salud, sino también a aquellos que por su condiciones socioeconómicas no accedían al Sistema de manera optima, sino que siempre recurrían a la Tutela como medio de protección de sus derechos.

La Honorable Corte Constitucional en la Sentencia T- 760 de 2008, marcó un gran lineamiento a raíz de esta problemática para la prestación de servicios en salud en las que las tutelas se convertían en un título valor por servicios en el POS. En dicha sentencia se

hizo una recopilación de tutelas, con las cuales se pudo estudiar, si el Derecho a la salud es un Derecho Fundamental o no; llegando a la conclusión de afirmar que si es **Fundamental** en la medida que se protege al sujeto especial Constitucional que son: los adultos mayores, los niños, las madres y los discapacitados. El derecho a la Salud es un derecho Fundamental por si mismo porque tiene que ver con la dignidad humana, no se trata sólo de garantizar la salud sino también su dignidad humana tal como lo reafirma la sentencia anterior.

Para ampliar es importante anotar algunos apartes importantes a destacar de la citada sentencia en las consideraciones de la Corte al referirse a “el acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz, garantizado por el derecho fundamental a la salud... El derecho fundamental a la salud, comprende, entre otros, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, el cual ha sido objeto de la mayoría de acciones de tutela. A continuación pasa la Sala a indicar el alcance y contenido de este derecho de acceso a la salud a la luz de la jurisprudencia constitucional, resaltando las reglas aplicables a los casos que forman parte del presente proceso. También se resaltarán aquellos casos en los que el juez constitucional haya tenido que enfrentar algunos de los mayores obstáculos y barreras existentes y persistentes en el Sistema, para acceder a los servicios de salud, relacionados con los mismos. La primera condición para poder garantizar el derecho de toda persona al acceso a los servicios de salud en los términos constitucionales (art. 49, CP) es, precisamente, que existan un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios. Este Sistema puede ser del tipo que democráticamente decida el legislador, siempre y cuando tenga como prioridad, garantizar

en condiciones de universalidad el goce efectivo del derecho a la salud dentro de los parámetros constitucionales.

Por otra parte debemos destacar que la implementación del sistema ha tenido y tiene muchas dificultades y genera lecciones importantes en materia de regulación. En el primer caso, en medio de presión fiscal y la discusión política, se destacan los cambios en los aportes gubernamentales y el flujo de recursos, además de un sinnúmero de modificaciones en la organización del régimen subsidiado. Desde la Ley 344 de 1996 se buscó formalizar el aporte gubernamental para el financiamiento del régimen subsidiado, con la intención del gobierno de que ésta sea inferior a lo que pensaron quienes intervinieron en la discusión y aprobación la Ley 100; pero al mismo tiempo, se presentaron demandas de constitucionalidad de un número importante de normas, buscando la ampliación de recursos económicos.

Teniendo en cuenta lo planteado anteriormente surge el siguiente interrogante: ¿Se materializa el principio de Universalidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia?

2. JUSTIFICACION

El Sistema de Seguridad social Integral en Colombia vigente en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

Con la ley 100 de 1993 se logro estructurar el Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS en Colombia y sentó las bases para la prestación de los servicios de salud a través una red de instituciones privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población, bajo la supervisión y regulación del Estado. Dicho esquema, conocido en la literatura como “Competencia Regulada”, se caracteriza por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público esencial como es la atención en salud.

El Sistema mencionado está dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes, los pensionados y sus familias y, se financia con contribuciones de los empleadores y empleados. El segundo, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y

vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley económicas.

De acuerdo con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, a partir del año 2000 el Sistema General de Seguridad Social en Salud debería dar cobertura al 100% de la población colombiana a través de los dos regímenes ya señalados. Sin embargo, a la fecha, septiembre de 2012, no se ha alcanzado aún la cobertura universal, por lo cual esta investigación está basada en identificar las razones por las cuales no ha tenido éxito la cobertura de Seguridad Social en Salud.

La historia de la participación del Estado en la atención de salud se remonta a los siglos XVIII y XIX. Sin embargo, actualmente la participación del Estado como administrador de la atención de salud adquiere magnitudes diversas, varía de un país a otro y tiene diferencia de estructura orgánica, cobertura de la población, amplitud de los beneficios y grado de control de la producción de estos servicios de salud.

Consideramos pertinente, hacer la distinción entre atención de salud y sistemas de salud, ya que estos términos se manejan indiscriminadamente en ocasiones, un sistema de salud o sistema de servicios de salud es el que específicamente acepta y afronta la responsabilidad de mantener o mejorar la situación de salud de la población, aunque no sea siempre el único. Mientras que se entiende por atención de la salud el conjunto de acciones, de

promoción, estimuladoras, defensivas y reparativas, de la integridad y del desarrollo de la capacidad física, mental y social de las personas y poblaciones. (Hidalgo – 1999).

Deviene de lo anterior que en el fenómeno de atención de salud pueden participar múltiples entes, desde instituciones benéficas, organismos no gubernamentales, ministerios o secretarías del trabajo y/o la seguridad social, instituciones de carácter privado, etcétera. Resulta por ello conveniente hablar de sistemas de atención a la salud y de ese modo englobar todos los elementos que participan en este fenómeno.

De acuerdo con el tipo de intervención del Estado en la atención médica, existen varias clasificaciones, en las que se tienen en cuenta, por ejemplo, los principales tipos de programas públicos en que participa el Estado, lo que equivale a decir el seguro social, la asistencia pública y servicio universal, o bien aquella que realiza una distinción entre asistencia pública, seguro nacional de salud y servicio de salud. En nuestra opinión, lo mejor sería clasificar los sistemas de salud de acuerdo con la fuente de financiamiento y la estructura organizativa básica.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Evaluar la aplicación del Sistema de Seguridad Social en Salud a la luz del principio de Universalidad en Colombia.

3.2 Objetivos Específicos

Identificar cuáles fueron los aportes de las leyes 1122/2007 y 1438/ 2011 para fortalecer el principio de Universalidad.

Determinar las consecuencias de la reforma de la Seguridad Social en Salud según la Normatividad Vigente, y la inclusión del principio de universalidad.

Describir los avances de las reformas del Sistema la Seguridad social en Salud en el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Colombia, teniendo en cuenta el principio de universalidad.

4. **IMPACTO INTERNO**

Después de realizar esta investigación advertimos que la Seguridad Social en salud en Colombia basada en el principio de universalidad no está cubriendo altamente a los usuarios de este sector, dado que, en este país se violan los derechos de los usuarios y no se toman en cuenta las necesidades de éstos.

Para poder cumplir con toda la normatividad vigente la Sociedad Colombiana debe concientizarse e igualmente concientizar a las entidades encargadas de estos hechos que el usuario – paciente debe ser siempre lo más importante para la sociedad y así poner en práctica el principio de universalidad, que es el que debe tenerse en cuenta donde dice que todo colombiano debe tener seguridad social.

Si bien el Gobierno Nacional ha realizado esfuerzos por afianzar la cobertura en salud como lo podemos observar en el presente escrito, todavía falta mucho por propender hacia el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos en Colombia.

5. REFERENTES TEORICOS

5.1 Antecedentes

Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud. El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista”. (Minsalud y DNP, 1990). Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (hoy Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado formal (PNUD, 1998).

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la

población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 100 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad. En este período hubo dos fuerzas importantes que determinaron los cambios institucionales que experimentó el sistema de salud pública en Colombia. La primera es la Constitución Política de 1991, según la cual Colombia se declara como un Estado Social de Derecho que consagra la vida como un derecho fundamental e inviolable (Art.11, Constitución Política de Colombia, 1991). De allí se deriva la obligatoriedad jurídica para la provisión de servicios de salud por parte del Estado (y/o agentes particulares delegados por éste) en aras de garantizar el mencionado derecho fundamental. Algunos autores como Garay interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio” (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado” (Art.49)

Como resultado de la interacción de las dos fuerzas mencionadas, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento

para los más pobres. Como se mencionó en la introducción, la Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones), el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

Las reformas conducentes a la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993 han estado acompañadas de un proceso de descentralización administrativa en la gestión de los recursos y de una apertura para la participación de los agentes privados en la provisión del servicio público de salud.

5.2 Marco Teórico.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia debe garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para tener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, fundamentado en los principios de eficiencia, universalidad y

solidaridad, según lo establece la Ley 100 de 1993 con el fin de “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención”.

La misma ley estableció como principio básico el de la calidad en la prestación de servicios, la cual define como “el conjunto de características técnico-científicas, materiales y humanas que debe tener la atención a la salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable a un costo que sea social y económicamente viable para el sistema y sus afiliados”. Igualmente, la calidad de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas y financieras que debe tener la Seguridad Social en Salud y por la garantía de rentabilidad social, acompañada del gasto racional de los recursos.

De acuerdo con lo estipulado en la ley 100/93, la Resolución No 5261/94 y el Decreto 2304/02, emanados del Ministerio de salud, se establece que las características de calidad de la atención en salud son las de accesibilidad, oportunidad, seguridad, continuidad, racionalidad lógico-científica, idoneidad y competencia profesional, disponibilidad y suficiencia de recursos, eficacia, eficiencia, integralidad, atención humanizada, satisfacción del usuario y del proveedor, efectividad, optimización, compatibilidad, legitimidad y equidad, atributos que deben corresponder a las necesidades y expectativas tanto de los profesionales de la salud, como de los pacientes.

El eje del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS en Colombia es el Plan Obligatorio de Salud -POS, que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas- cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

Dentro de los principios que rigen el Sistema de Seguridad Social en Colombia están los siguientes:

Universalidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.

Solidaridad. Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.

Igualdad. El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.

Prevalencia de derechos. Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del Plan de Beneficios.

Enfoque diferencial. El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.

Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.

Calidad. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.

Eficiencia. Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.

Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.

Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

Descentralización administrativa. En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.

Complementariedad y concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Dentro de la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 100 de 1993 estableció un espacio en el cual la prestación de los servicios de la salud estará a cargo de diferentes entidades tanto públicas como privadas permitiendo a los usuarios la libre escogencia. En este sentido surgen las entidades promotoras de salud (EPS), las instituciones prestadoras de servicios (IPS), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).

La financiación del sistema para el régimen subsidiado se realiza con base en el aporte efectuado por el Estado, el cual cubrirá la atención en salud de la población sin capacidad

de pago (población pobre y vulnerable del país) que se encuentren afiliados a dicho régimen. (Ley 100 de 1993).

5.3 Marco Legal

Entre la Normatividad que regula la Seguridad Social en Colombia esta: La Ley 1122 de 2007 por medio de la cual se hacen modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, y la Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma y fortalece el sistema general de Seguridad Social en Salud. Adicional a ello, las Sentencias Constitucionales y de Tutela de referencia.

6. APORTES DE LAS LEYES 1122/07 Y 1438/ 2011, CON EL OBJETIVO DESARROLLAR EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD

Dice Revilla J, (2010), el principio de Universalidad establece que toda persona tiene derecho a vivir con salud aún con medios económicos mínimos y exenta del temor de que, produciéndose un infortunio, no pueda disponer de los medios que lo protejan. El Principio de Universalidad señala que todos los habitantes de un país deben estar en el alcance del Sistema de Seguridad Social.

El Principio de Universalidad, interesa que la Seguridad Social, plasmará los derechos fundamentales anotados y otros que son también inmanentes a la naturaleza humana, como la educación, vivienda, etc., en la expresión individual y social del hombre, exenta de consideraciones económicas, sociales y raciales.

Este principio está vinculado con el de internacionalidad y al principio de integridad, pues mientras la universalidad tiene relación con la persona en los ámbitos nacionales, en cambio la segunda emerge de factores políticos, se refiere a la nacionalidad, o sea la misma persona, independientemente del país se le debe brindar la atención y protección.

La Ley 1122 de 2007 es el resultado de un proceso político que se agudizó desde el 2003, en parte por la celebración de los primeros diez años de la Ley 100 de 1993, y en parte también como una respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban

acerca del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular sobre temas como cobertura, acceso, calidad de los servicios, flujo de recursos, futuro de las entidades públicas y mecanismos de contratación entre administradores y prestadores.

Sin embargo, dicho proceso político no terminó con la promulgación de la nueva ley, como tampoco puede afirmarse que se haya iniciado con la preparación de la misma. En realidad, al consultar las propuestas de reforma, las discusiones en el trámite y el texto aprobado de la Ley 1122, se encuentran elementos que han estado presentes en la discusión en las últimas dos décadas, y puede afirmarse entonces que, pese a haber instaurado un cambio estructural en 1993, aún no existe en el país un consenso estable o firme acerca del Sistema de Seguridad Social que se quiere, particularmente en lo que se refiere a la participación del Estado y los particulares en la provisión del seguro de salud y la prestación de servicios, así como en cuanto a la cobertura de riesgos y la búsqueda de equidad. (Restrepo, JH, 2007).

La Corte Constitucional, sobre el punto del principio de Universalidad en la T-730/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero) manifestó: "...otro de los principios constitucionales es el de la universalidad, o sea que el objetivo del sistema es que todos los habitantes del país disfruten de seguridad social. Por eso mismo, se estableció legalmente el carácter de obligatorio."

Según la jurisprudencia de la Corte Constitucional, dentro del sistema actual de la seguridad social en salud el objetivo es ampliar la cobertura y no restringirla, de ahí que es obligatorio para los empleadores incluir a sus trabajadores en el sistema, y el Estado no

puede permitir la expulsión del sistema de persona alguna salvo que haya razón legal para ello y previo un procedimiento. Como corolario, hay que prestar a los afiliados la atención integral en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, incluido el suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica.

Por otra parte, en la Ley 1438 de 2011, el principio de Universalidad permite que todas las personas puedan acceder al servicio de atención primaria en salud, ya que esta muestra el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, prestando un servicio ligado a la atención primaria en salud, permitiendo la acción coordinada del Estado, las instituciones y sociedad para el mejoramiento de la salud y creación de un ambiente sano y saludable, para brindar a toda la población un servicio con calidad, en donde todo vaya dirigido a todos los residentes del país.

El principio de universalidad aplica para lograr la generalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los beneficios en cualquier lugar del país con buena sostenibilidad financiera.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco

de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

Todos los residentes en el país deberán ser afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Gobierno Nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación. Cuando una persona requiera atención en salud y no esté afiliado, se procederá de la siguiente forma: Si tiene capacidad de pago cancelará el servicio y se le establecerá contacto con la Entidad Promotora de Salud del régimen contributivo de su preferencia.

Si la persona manifiesta no tener capacidad de pago, esta será atendida obligatoriamente. La afiliación inicial se hará a la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado mediante el mecanismo simplificado que se desarrolle para tal fin. Realizada la afiliación, la Entidad Promotora de Salud, verificará en un plazo no mayor a ocho (8) días hábiles si la persona es elegible para el subsidio en salud. De no serlo, se cancelará la afiliación y la Entidad Promotora de Salud procederá a realizar el cobro de los servicios prestados.

Se podrá reactivar la afiliación al Régimen Subsidiado cuando se acredite las condiciones que dan derecho al subsidio. En todo caso el pago de los servicios de salud prestados será cancelado por la Entidad Promotora de Salud si efectivamente se afilió a ella; si no se

afilió se pagarán con recursos de oferta a la institución prestadora de los servicios de salud, de conformidad con la normatividad general vigente para el pago de los servicios de salud.

Si no tuviera documento de identidad, se tomará el registro dactilar y los datos de identificación, siguiendo el procedimiento establecido por el Ministerio de la Protección Social en coordinación con la Registraduría Nacional del Estado Civil para el trámite de la afiliación.

Los casos no establecidos en el presente artículo para lograr la universalización del aseguramiento serán reglamentados por el Ministerio de la Protección Social en un término no mayor a un (1) año.

A quienes ingresen al país, no sean residentes y no estén asegurados, se los incentivará a adquirir un seguro médico o Plan Voluntario de Salud para su atención en el país de ser necesario. Quienes disfruten de los regímenes especiales y de excepción permanecerán en ellos; las entidades administradoras de estos regímenes deberán entregar información periódica que solicite el Ministerio de la Protección Social.

A partir del primero de enero del 2012 no habrá periodo de carencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Ley 1122 del 9 de enero de 2007, reza en su objeto, que realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Introdujo reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Se puede precisar así:

En cuanto al aseguramiento, fortaleció las competencias del Ministerio de la Protección Social para establecer los mecanismos de evaluación y resultados de la gestión en salud y bienestar de todos los actores que operan el Sistema.

Frente a las entidades territoriales, fijó parámetros de control y medidas cautelares y de carácter sancionatorio relacionadas con el incumplimiento de los indicadores de gestión propuestos.

Creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) definiendo su integración y competencias.

Aumentó las cotizaciones al Régimen Contributivo de la seguridad social en salud, que significó un incremento de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del Régimen Subsidiado. Estos recursos

reemplazaron en parte el 0.5% del 1% de solidaridad en pensiones aprobado en la Ley 797 de 2003 en su artículo 3, y que por decisión del Gobierno Nacional fue incrementado sólo en 0.5%.

Se tomaron medidas para hacer frente a la crisis hospitalaria autorizó el pago de deudas del Régimen Subsidiado con recursos del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías.

Igualmente, estableció parámetros para el flujo y la protección de los recursos, con mayor protección a su manejo por medio de cuentas maestras y pagos electrónicos a los entes territoriales. Mejoró la forma de pago a los prestadores de acuerdo con la modalidad contractual.

Para garantizar la atención inicial de urgencias a todos los colombianos introdujo sanciones para las EPS o entidades territoriales responsables que nieguen el pago a las IPS de este servicio a sus afiliados. (Informe Anual para el Congreso de la República -2010).

La Honorable Corte Constitucional con la Sentencia T-760 de 2008, impartió las siguientes órdenes a la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para hacer efectivos los contenidos de la Ley 1122 de 2007, especialmente en cuanto a la cobertura universal y la actualización integral de los planes obligatorios de salud (POS), buscando el acercamiento progresivo de

los contenidos de los dos regímenes con tendencia al que se encuentra previsto para el Contributivo.

Es así que esta Comisión de Regulación en Salud, que está constituida por los Ministros de Salud y Protección Social y Hacienda y Crédito Público y por cinco comisionados expertos, adoptan decisiones regulatorias desde el Acuerdo 003 2009, 008 de 2009, 014 de 2010 y 29 de 2011; sobre los asuntos de su competencia legal, tales como conceptualizar y hacer cambios los Planes Obligatorios de Salud (POS), definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen y recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios, los cuales podemos mencionar los Acuerdos hasta el presente año. Estos Acuerdos son de obligatorio cumplimiento hacia su propósito primordial que es regular y modificar el (POS) acorde a una realidad social y económica.

El último acuerdo que cabe mencionar del presente año es el Acuerdo 31 al 34 donde se hacen una inclusiones al Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo Subsidiado, se asignan funciones a los voceros de la comisión siendo un experto y se unifica el POS tanto en lo contributivo como lo subsidiado y la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.

7. CONSECUENCIAS DE LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD SEGÚN LA NORMATIVIDAD VIGENTE.

La implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia dio lugar a diversas transformaciones en la forma cómo los individuos se relacionan con las instituciones estatales para acceder al servicio de salud. La corriente neoliberal que estuvo presente a lo largo de las discusiones y tuvo su eco en el resultado final de la reforma, implicó que la prestación del servicio de salud se haya convertido en un proceso en el que siempre hay un intermediario aún cuando el Estado colombiano constitucionalmente asume la responsabilidad en la prestación del servicio. Es por esto que la prestación del servicio a la salud en Colombia permite vislumbrar dinámicas particulares de la relación del ciudadano con el Estado, y en esa medida, estudiar las formas de la gobernanza para esta problemática en particular. (Pereira, 2007).

La reforma de la Seguridad Social trae como consecuencia la obtención de la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para lograr una atención primaria, universal y de mayor calidad del sistema de salud; encargándosele al Ministerio de la Protección Social la dirección, orientación y conducción del sistema de salud.

Esta nueva ley establece el bienestar del usuario, que se traduce en la salud de la población, como eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. De modo que, se modificó el

artículo 153 de la ley 100 de 1993 estableciéndose los principios del sistema general de seguridad social en salud, sobre los cuales se deben basar y fundamentar todo el sistema, siendo estos los principios de: universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.

Como consecuencia principal refiriéndonos a la atención primaria en salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

Por todo lo anterior se establecen las disposiciones para la unificación del plan de beneficios para todos los residentes del país, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, dentro de un marco de sostenibilidad financiera.

Es decir, estas disposiciones buscan que más personas, en lo posible todas, estén afiliadas al sistema de salud y puedan ser atendidas en cualquier lugar del país, dentro de unos parámetros que hagan sostenible y durable financieramente el sistema.

En los últimos diez (10) años, el sector salud colombiano encabezado por el Ministerio de Salud como agencia reguladora central y la Superintendencia Nacional de Salud como agencia de control, se ha visto impactado por dos procesos de modernización: la descentralización y la privatización. Como consecuencia ha sido atravesado por profundas reformas en un intento por adaptar su estructura interna a la modernización propia del conjunto de la administración pública del país marcada por la tendencia “minimalista” de las Administraciones Publicas centrales y por lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados. En particular, los procesos de descentralización territorial y empresarial, dentro del enfoque “gerencialista” de los hospitales, y la introducción de la competencia y los subsidios a la demanda, en la prestación y aseguramiento de los servicios, han hecho viable la presencia activa, en el sector salud, de los municipios y departamentos así como de las empresas privadas de salud y han modificado sustancialmente la estructura del sector salud en Colombia, reducido progresivamente el papel del Ministerio de Salud al de una entidad netamente reguladora y haciendo necesario el desarrollo de la Superintendencia Nacional de Salud con funciones de Inspección, Vigilancia y Control sobre los múltiples actores territoriales y empresariales así generados.

La Superintendencia Nacional de Salud se creó inicialmente como un instrumento del Sistema Nacional de Salud en 1975, para vigilar al sistema de seguridad social en salud y luego se fortaleció con la marcha del proceso de descentralización del sector público de la

salud, el cual empezó con el decreto 77 de 1987 y la ley 10 de 1990 y más tarde se profundizó con la ley 60 de 1993. Nuevas funciones se le asignaron cuando en 1990 se introdujo la competencia regulada para las entidades privadas (Empresas de Medicina Prepagada), y luego la Superintendencia Nacional de Salud entró a jugar un papel aún más importante en el nuevo escenario creado con la Reforma al Sistema de la Seguridad Social en Salud establecida en diciembre de 1993, mediante la aprobación de la Ley 100. Ambos procesos, descentralización y reforma, fueron enmarcados y exigidos por la Reforma Constitucional de 1991 que consagró el carácter de Colombia como país descentralizado, con los servicios de salud definidos como “servicios públicos”, autorizó además la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia público - privada y en particular eliminó el concepto clásico de “asistencia pública” para los pobres basado en subsidios a la oferta. Como consecuencia se exigió la creación de un sistema de aseguramiento social: “universal, eficiente y solidario”, el cual en materia de salud se ha desarrollado en la práctica asociado a los conceptos de focalización y administración de los subsidios por vía de la demanda. (Jaramillo, A. 1998).

Colombia, con la expedición de la Ley 100 de 1993 decidió que la mejor alternativa para garantizarle a la población servicios de salud oportuna, segura y de calidad, era adoptar un modelo de aseguramiento.

Durante más de 16 años el nuevo modelo escogido revolucionó el sistema de atención, generando nuevos agentes, eliminando barreras de acceso e incrementando coberturas no solo en servicios sino en alcance de beneficiarios.

No obstante, por no haberse dado las condiciones de perspectiva estructurales para el ordenamiento y financiamiento del sistema, éste empezó a mostrar deficiencias y dificultades que lo pusieron en entredicho y en los últimos tiempos en situaciones verdaderamente apremiantes.

Las variables macroeconómicas que sirvieron de sustento e hipótesis para hacer progresar el Sistema, no crecieron ni se comportaron como estaba previsto; nos referimos fundamentalmente al crecimiento económico y por ende al empleo, base que le proporcionaría la sustentación y sostenibilidad en el mediano y largo plazo, toda vez que el régimen contributivo se debía alimentar de las cotizaciones de los trabajadores y empleadores, y a partir de allí mediante el mecanismo de la solidaridad, cofinanciar a la población más pobre y vulnerable. Cuando se previó el modelo se estimó que el Régimen Contributivo aportaría al Sistema el 70% de los afiliados y el Subsidiado el 30% restante; la ecuación se invirtió con el tiempo y la relación que hoy muestra el mismo es del 46,36% de afiliados al Contributivo y 53,64% al Subsidiado, generando así una deformación estructural que debe corregirse mediante reformas integrales.

Adicionalmente el modelo evidencia problemas de “sobrecostos” que hacen insostenible la operación del Sistema, causados por ineficiencias internas, mayor valor de las transacciones entre los agentes, elevados niveles de elusión y evasión, multiafiliaciones, causación de gasto en servicios no contemplados en el POS, inclusiones de beneficios por vías diferentes al competente, sin consultar a éste en lo referente a pertinencia y sostenibilidad, inclusiones de beneficios que no tienen relación de causalidad con el sector salud, entre otros. Tales problemas, además de generar compromiso de la sostenibilidad del Sistema, impiden el acceso al mismo de parte de los usuarios.

Como consecuencia de lo anterior, la Comisión de Regulación en Salud “CRES” se permite hacer las siguientes recomendaciones:

Preservar el modelo de aseguramiento.

Estudiar y definir fuentes alternativas para complementar los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como la consolidación de acciones y políticas para la generación y conservación del empleo formal.

Fomentar un adecuado control en los precios de medicamentos, insumos y dispositivos.

Fortalecer las estrategias, herramientas y sanciones para la evasión y elusión de aportes.

Garantizar la estabilidad del Plan Obligatorio de Salud, concentrando en la Comisión de Regulación en Salud (CRES) la responsabilidad de los estudios técnicos, análisis y

decisiones sobre las actualizaciones, modificaciones e inclusiones de beneficios, a partir de su propia labor y de la interacción con los demás agentes del Sistema.

Proteger los recursos del Sistema evitando que se deriven a la financiación de prestaciones por fuera del Plan Obligatorio de Salud.

Implementar todas aquellas medidas orientadas a optimizar los recursos del Sistema.

(Informe Anual para el Congreso de la República -2010).

En Colombia, con la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS, lo cual generó cambios profundos a partir de 1.994 en la organización, funcionamiento y financiamiento de los servicios de salud. El modelo resultante, corresponde a un esquema de mercado regulado e integrado por tres subsistemas de regulación y control, el cual está organizado en forma descentralizada y comprende los instrumentos de regulación del SGSSS y las agencias responsables de su diseño y aplicación, incluidas el Consejo Nacional de Política Social y Económica-CONPES, el Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, la Superintendencia Nacional de Salud y las Direcciones Territoriales de Salud-DTS; 2) el subsistema de financiamiento y aseguramiento, el cual está organizado en dos regímenes, subsidiado-RS y contributivo-RC, y comprende el Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, y los diferentes tipos de Empresas Promotoras de Salud-EPS; y, 3) el subsistema

de prestación de servicios, el cual comprende las instituciones prestadoras de servicios-IPS, públicas o privadas, que compiten entre si frente a los usuarios con libertad de elección.

Como consecuencia de estas transformaciones institucionales, la cobertura del SGSSS pasó del 21 % al 52 % por ciento de la población, durante el periodo 1993 a 1997. Esta cifra, incluye el 75 % de la población objeto del RC y el 35 % de la del RS, respectivamente. Sin embargo, dado que un 6 % adicional de la población está cubierta por otros esquemas, la cobertura total del aseguramiento en salud asciende a 22,7 millones de personas que representan al 57 % del total, según la encuesta de calidad de vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en 1997. Es importante aclarar que en el RC, la mayor parte del incremento de la cobertura se dio a expensas de la extensión de beneficios de la seguridad social a los familiares y dependientes de los cotizantes. Por eso, el hecho más significativo en materia de cobertura al SGSSS es el RS. Adicionalmente, el gasto total en salud pasó del 7 % a por lo menos el 10 % del PIB, entre 1993 y 1997. Este nivel de gasto, es considerable y representa un esfuerzo con pocos precedentes en el contexto mundial. (Revista de Salud Publica - Volumen 2, Julio 2000).

8. REFORMAS DEL SISTEMA SALUD Y SU IMPACTO EN EL DESARROLLO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA.

El doctor Isaza, expuso su concepto sobre las reformas de salud de los años 2007 y 2011 afirmando: el Plan de Beneficios que acaba de anunciarse trae algunos avances, pero el Sistema mantiene su lógica perversa: despilfarros, menos camas para niños, médicos menos autónomos y con menos formación, tal como lo afirmó el Dr. Sergio Isaza Villa, presidente de la (FMC) Federación Medica Colombiana en su diario de internet Razón Publica.

En su escrito asevera que en el mes enero de 2011, el Congreso aprobó la Ley 1438 que reformó el Sistema de Salud y Seguridad Social y recientemente el gobierno presentó el nuevo Plan Obligatorio de Salud (POS) o Plan de Beneficios para 2012.

El doctor Isaza, continuó afirmando que el presidente Santos reconoció la inequidad del SGSSS y asumió el compromiso de que “ese plan de beneficios será universal, equitativo, único e integral y no va a excluir ninguna enfermedad, lo cual quiere decir que todos los colombianos serán atendidos por cualquier enfermedad, pues el sistema que impera hoy no permite que los colombianos con cierto tipo de enfermedad sean atendidos”.

Y continuó agregando en su escrito el Dr. Isaza, que a pesar del Plan de Beneficios, la inequidad continuará mientras persista la intermediación financiera con ánimo de lucro a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) privadas. Tras 18 años de actividad, las

EPS fracasaron rotundamente en su misión y han demostrado ser innecesarias para el funcionamiento del sistema. El doctor Isaza, mencionó varios ejemplos que han sucedido tales como la crisis hospitalaria a la cual prometieron inyectar recursos para evitar su quiebra, el endeudamiento de Caprecom el cual el gobierno también abonó mediante una fiduciaria para evitar el desvío de estos recursos y el cambio.

Al destaparse el escándalo de la quiebra del sistema se demostró que muchas EPS privadas se habían ido apropiando indebidamente de gran parte de los dineros de la salud para aumentar su patrimonio, destinándolos a actividades lucrativas como obras civiles privadas, hoteles de lujo, canchas de golf, equipos deportivos, exportación de capitales o apoyo a campañas políticas de congresistas, todas ellas ajenas a su naturaleza, como por ejemplo CAPRECOM que como se expone este se utilizaba para apoyar campañas de políticos y a sabiendas que atañen a recursos parafiscales que solo son destinados para la salud violando la las leyes Colombiana Y SALUDCOOP que además de los escándalos de corrupción por la compra de hoteles y canchas de golf, involucrados la junta directiva y presidente de la EPS, también se puede anotar que en estos días hay otros funcionarios actualmente están siendo investigados por recobros de la EPS al FOSYGA de manera irregular falsificando documentos, ordenes de tratamientos con conceptos del Comité Técnico Científico cuando en realidad habían sido ordenados por los jueces vía acción de tutela; de esta manera devolvían el 100% de dichos tratamiento y no el 50 al 58% por vía judicial poniendo en detrimento los recursos del Estado.

En la revista dinero, se hace un análisis el cual indica que: nuestro Presidente actual frente a la crisis de la salud ha tratado de buscar en la Reforma Tributaria, una estrategia de solución para reducir la evasión y el desorden tributario. Pero los alcances de la reforma tributaria sobre el sistema de salud apenas comienzan a ser considerados en la discusión.

Al respecto la Revista Dinero manifestó que este tema es uno de los más sensibles para cualquier gobierno. Muchos en el Congreso le tienen ganas desde hace rato. Congresistas como Jorge Enrique Robledo han criticado el sistema, porque consideran que las EPS están usufructuando una renta sobre casi \$20 billones.

La propuesta, que sería discutida el próximo año, deberá transformar el manejo financiero de la salud. Actualmente existen cinco cuentas o bolsas de recursos que se administran y recaudan de manera separada e independiente. Lo planteado en la reforma parece indicar que, a partir de 2014, habrá una única gran bolsa que será administrada y recaudada exclusivamente por el gobierno nacional. De ahí que se trata de una reforma estructural al Sistema de Salud.

A ese fondo iría a parar el aporte de los empresarios por los trabajadores que tienen salarios superiores a 10 salarios mínimos, y los 4 puntos que aportan los empleados. Se le sumarán los 8 puntos del nuevo Impuesto para la Equidad (Nutre) y los dineros del presupuesto. En el sistema nuevo jugarán un rol más protagónico los departamentos que los municipios.

Según el Gobierno, el nuevo sistema buscaría consolidar la salud y eliminar las barreras entre el régimen subsidiado y el contributivo. Ese mensaje puede tener enemigos al interior del Congreso, donde hay una retórica incendiaria contra las EPS, y también en algunos sectores de opinión que creen que es buena idea volver a un sistema estatal.

Analizado el artículo precitado es indudable que el gobierno de Santos tal como es su estilo de liderazgo quiere mostrarse como un “reformador” y su propuesta tributaria resulta para muchos, más ambiciosa que los que la gente del común esperaba.

Así mismo, asevera la mencionada publicación que hay que esperar que el Congreso la acoja y que le sirva al presidente Santos como una forma de mejorar su popularidad, en procura de aumentar la competitividad del país y solucionar los graves problemas estructurales de la economía.

El problema de la salud en Colombia atañe a todos los estamentos políticos y sociales de este país y si bien es cierto se hacen reformas, la realidad es que no se respira un ambiente hacia el mejoramiento de la salud de los ciudadanos, muy por el contrario en el diario vivir, las noticias de la prensa, radio y televisión, nos reafirman que aun hay personas carentes de recibir un servicio de salud digno para todos, la crisis se observa y no se deslumbran cambios importantes o de gran impacto a la comunidad, a pesar de los esfuerzos del gobierno para que nuestro Sistema de salud mejore.

Otra temática importante a tratar respecto al Sistema de Salud, tiene que ver con los trabajadores de la salud tales como los médicos y paramédicos, dado que, en materia laboral habría que garantizarles un trabajo estable y sin intermediación, así como su educación continuada a cargo del sistema, para mantener al día los conocimientos y avances científicos, terapéuticos y tecnológicos con el fin de poder atender integralmente, con calidad y seguridad a los pacientes, como debe ser. (Revista Digital – Razón Pública).

Adviértase como Ley 1438 de 2011 regula aspectos relacionados con la política de Talento humano, con miras formar profesionales en el ramo de la salud, por ello consideramos importante traer a colación algunas disposiciones al respecto:

“Artículo 97°. De la política de talento humano. El Ministerio de la Protección Social, teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, definirá la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana, las características y objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. PARÁGRAFO. La Política de Talento Humano en Salud consultará los postulados de trabajo decente de la OIT.”

“Artículo 98°. De la formación continua del talento humano en salud. El Gobierno Nacional establecerá los lineamientos para poner en marcha un sistema de formación continua para el Talento Humano en Salud, dando prioridad a la implementación de un

programa de Atención Primaria para los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que deberá implementarse en forma progresiva.

Dicho programa contendrá módulos específicos para profesionales, técnicos, tecnólogos, auxiliares de la salud, directivos y ejecutivos de las direcciones territoriales de salud, Entidades Promotoras de Servicios de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios. Concurrirán para este efecto las entidades territoriales, las sociedades científicas, los centros de formación superior y media y los empleadores. (Ley 1438 de 2011)

Por otro lado, La Ley 100 de 1993 constituyó un cambio radical en la manera de entender, financiar, organizar y administrar los problemas de salud, sobre todo en el plano de la atención de las enfermedades, se dieron tres (3) cambios de fondo los cuales pasamos a detallar:

Que la prestación y administración de los servicios se convirtieran en un sector empresarial con ánimo de lucro.

Limitar el campo de la salud a dos paquetes de atención de enfermedades: uno para quienes puedan pagarlos (Régimen Contributivo), y otro para quienes necesitan subsidios parciales o totales (Régimen Subsidiado).

Convertir al Estado en un garante del mercado, reduciendo de manera significativa su responsabilidad, sus aportes y, por tanto, su autoridad sobre el sistema.

En desarrollo del modelo anterior se fueron limitando los derechos reales de los pacientes, se hizo cada vez más difícil el acceso a los niveles básicos de atención y -aún más- a los de mayor complejidad.

Adicional a lo antes mencionado, se violaron en forma sistemática las propias leyes del mercado, fue así como la voracidad abrió las puertas al fraude, a la corrupción y a la ilegalidad. (Ley 100 de 1993).

Dentro de los avances a la reforma a la salud, se encuentra la atención al drogadicto según la Ley 1566 de 2012 reconoce que el consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas es un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos. Por lo tanto, el abuso y la adicción deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, conforme a la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Toda persona que sufra trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas o ilícitas, tendrá derecho a ser

atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas para el tratamiento de dichos trastornos.

La Comisión de Regulación en Salud incorporará, en los planes de beneficios tanto de régimen contributivo como subsidiado, todas aquellas intervenciones, procedimientos clínico -asistenciales y terapéuticos, medicamentos y actividades que garanticen una atención integral e integrada de las personas con trastornos mentales o cualquier otra patología derivada del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas lícitas e ilícitas, que permitan la plena rehabilitación psicosocial y recuperación de la salud.

La primera actualización del Plan de Beneficios en relación con lo establecido en esta ley, deberá efectuarse en un término de doce (12) meses a partir de la promulgación de la presente ley.

Los Centros de Atención en Drogadicción (CAD), y Servicios de Farmacodependencia y demás instituciones que presten servicios de atención integral a las personas con consumo, abuso o adicción a sustancias psicoactivas que incumplan las condiciones de habilitación y auditoría, se harán acreedores a la aplicación de las medidas y sanciones establecidas por la Superintendencia Nacional de Salud para tal efecto.

El Gobierno Nacional en el marco de la Política Pública Nacional de Prevención y Atención a la adicción de sustancias psicoactivas formulará líneas de política, estrategias, programas, acciones y procedimientos integrales para prevenir el consumo, abuso y adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 10 de la presente ley, que asegure un ambiente y un estilo de vida saludable, impulsando y fomentando el desarrollo de programas de prevención, tratamiento y control del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, lícitas o ilícitas al interior del lugar de trabajo, las cuales serán implementadas por las Administradoras de Riesgos Profesionales. (Consultor Salud. Ley 1566 Atención Integral al Drogadicto).

En los últimos 10 años, el sector salud colombiano se ha visto impactado por dos procesos de modernización: la descentralización y la privatización. Como consecuencia ha sido atravesado por profundas reformas en un intento por adaptar su estructura interna a la evolución propia del conjunto de la administración pública del país y para lograr mejores resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad en los servicios prestados.

El proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990, más tarde se profundizó con la Ley 60 de 1993; la introducción de la competencia regulada se inició para las entidades privadas en 1990 y luego se articuló con la Reforma al Sistema de Seguridad Social en Salud establecida en diciembre de 1993, con la aprobación de la Ley 100. Ambos procesos fueron enmarcados y exigidos por la Reforma Constitucional de 1991 que consagró el carácter de Colombia como país

descentralizado, con los servicios de salud con la definición de servicios públicos, autorizó además la desmonopolización de los servicios públicos y sociales, la introducción de la competencia pública-privada y en particular eliminó el concepto clásico de «asistencia pública» para los pobres basado en subsidios a la oferta. Como consecuencia de ello se exigió la creación de un sistema de aseguramiento social «universal, eficiente y solidario», el cual en materia de salud se ha desarrollado en la práctica asociado a los conceptos de focalización y administración de los subsidios por vía de la demanda.

Hay un aspecto evidente que se transformó con la implementación de la Ley 100 y ese es la cobertura. Es innegable que ella ha aumentado significativamente en el transcurso de estos 13 años. Los objetivos en términos de cobertura era lograr 80% de cobertura para los más pobres en 1998 y cobertura del 100% a nivel nacional para el año 2000 (Carrasquilla y Patiño, 2002).

Según José Gregorio Pachón, Asesor de la Academia Nacional de Medicina, para el año 2002 se había alcanzado una cobertura estimada del 50% de la población total bajo el SGSSS.

Sin embargo, cobertura no siempre se traduce en acceso efectivo, y oportuno a servicios de calidad, y es por ello que la Ley 100 ha sido objeto de tantas críticas de diversos sectores de la población.

A continuación se expondrán los que se consideraron como problemas claves para efectos de este artículo en cuanto a las fallas del SGSSS, y las formas como ello transforma la relación entre gobernantes y gobernados.

En términos de la calidad del servicio, uno de los obstáculos más evidente de la implementación de la Ley 100 es la llamada ‘tutelitis’ de la que ha sido objeto la prestación de servicios. Ante la imposibilidad de muchos ciudadanos/usuarios de acceder al servicio del que requieren, la mejor solución resultó ser demandar tutelas, lo cual ha recargado el sistema judicial, además de ser un síntoma de lo problemático que es el servicio.

Como nos explica Francisco Azuero (2006), la raíz de lo anterior esta en parte en que la salud, siendo un bien especial, dadas sus características negativas como la asimetría en la información, las externalidades y la incertidumbre, genera contratos incompletos. Lo que sucede cuando un contrato es incompleto, es que la racionalidad de cada una de las partes no es siempre conducente al cumplimiento del mismo, pues no se cuenta con la información suficiente. Teniendo esto en mente, las partes de los contratos de salud (usuarios, EPSs, ARSs, IPSs, etc.) no siempre tienen incentivos para cumplir con su parte. Los estudios muestran que las EPSs no cuentan con ningún incentivo para cumplir con arreglos extrajudiciales, o en general para prevenir la tutela, puesto que ella no le representa costos a la empresa, y es igual para ellos pagar antes o después de la demanda. Por el otro lado, el ciudadano cuenta con incentivos muy claros para presentar la demanda ante el incumplimiento de alguna de las instituciones. Dado que la Constitución del 91 propone

que la tutela sea un mecanismo de defensa de derechos fundamentales accesible y de bajo costo, el usuario no se encuentra con muchos obstáculos para presentar la demanda en contraposición con los beneficios que puede recibir de ella (Azüero, 2006: 8).

Analicemos cómo se comporta el círculo desde la perspectiva del paciente. El hecho de tener que demandar a través de acción de tutela por servicios requeridos hace que todo el proceso se demore mucho más de lo que un paciente puede esperar por un tratamiento médico. Por demás, la demanda de una tutela, implica trámites burocráticos que se viven de forma pesada, al igual que toda la experiencia con el sistema de salud como tal. No existe por parte de los ciudadanos un conocimiento claro del funcionamiento del sistema, lo cual hace que se sientan perdidos ante situaciones como la negación del servicio. Los médicos juegan ahí un papel fundamental de asesoría y orientación, mientras no hay una preocupación evidente por parte de la institucionalidad por generar una pedagogía sobre el sistema que haga que la experiencia con el sistema de salud sea más llevadera.

El cambio más importante introducido por la Ley 100, que buscaba directamente mejorar la cobertura y la calidad del servicio recibido por los más pobres, fue la creación del Régimen Subsidiado. El reflejo de esta modificación, en la práctica, es el aumento sustancial en la cobertura de aseguramiento que se ha dado desde la introducción de la Reforma.

Este aumento en cobertura entre la población pobre es el que permite, desde el punto de vista del trabajo empírico, seleccionar dos momentos diferentes en el tiempo para evaluar el

impacto de la reforma de 1993. El primero va desde 1995 hasta 2005, que cubre el “antes” y el “después” de la Reforma, y el segundo está comprendido entre 2000 y la actualidad período en el cual se dio el gran aumento en cobertura.

La Ley 100 de 1993 introdujo tres principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud: la eficiencia, la universalidad y la solidaridad. De esta manera, la Ley promovió la competencia entre las aseguradoras y las IPS para mejorar la eficiencia del sistema y la calidad de los servicios prestados. Así mismo, la Ley 100 creó dos tipos de regímenes: el Contributivo (RC) y el Subsidiado (RS). Al RC pertenecen aquellas personas que tienen capacidad de pago, un trabajo formal o que hacen parte de los niveles 3-6 del SISBEN, mientras que al RS pertenecen las personas de bajos ingresos (niveles 1 y 2 del SISBEN). Aquellas personas que no quedaron cubiertas por ninguno de los dos regímenes conformaron la población “vinculada”, la cual debía ser absorbida en su totalidad por el RC y el RS para el año 2000.

La implementación de este nuevo sistema generó un aumento en la cobertura, en particular del RS, lo cual ha contribuido a cerrar la brecha entre los ricos y los pobres. Cabe mencionar que la población pobre es la que más se ha visto beneficiada con la Reforma pues, anteriormente, su acceso a los servicios de salud era bastante limitado, y los pocos que accedían, recibían servicios de muy mala calidad. Así mismo, se ha observado una mejora en la salud general de la población, en parte debido a la expansión del contenido del

Plan Obligatorio de Salud (POS) que ha otorgado tratamientos y medicamentos para un mayor rango de enfermedades.

9. METODOLOGIA

8.1 Tipo de Investigación

Método Descriptivo: El método de estudio utilizado para la realización de este proyecto es la percepción de la problemática social del Sistema de Seguridad Social en Salud, evaluando los aspectos legales, normas y sentencias vigentes y el desarrollo que ha tenido la Seguridad Social y cómo vamos en este camino hacia el mejoramiento de la reforma de la salud de los Colombianos.

8.2 Fuentes de Información

Fuentes Secundarias: En este trabajo se utilizaron las fuentes secundarias como las bibliotecas, Internet, Leyes de normatividad vigente y Sentencias de la Corte Constitucional Colombiana.

CONCLUSIONES

El principio de universalidad debe ser aplicado en el sector salud como un principio esencial de todos los habitantes en el territorio colombiano, teniendo en cuenta que así tenga o no tenga seguridad social el paciente debe ser atendido y brindarle los primeros auxilios y estabilizar el paciente.

La normatividad hace énfasis en brindar un mayor cubrimiento en la atención, es por ello que el mismo Estado hace presencia a través de las aseguradora estatales y privadas, cajas de compensación y privados, los cuales en la práctica han garantizado mayores oportunidades que facilitan la vinculación de la población y adicional a ello, introducen la competencia que se supone debe producir efectos muy benéficos a la eficiencia. El propósito es que se logre una cobertura en salud en los primeros años.

Se pudo advertir que el Principio de Universalidad, y los demás derechos fundamentales anotados; los cuales son inmanentes a la naturaleza humana, tales como la educación, vivienda, etc., en la expresión individual y social del hombre, debe estar exenta de consideraciones económicas, sociales y raciales. Es una garantía de la protección a todas las personas sin diferenciación alguna. Este principio está conectado con la internacionalidad y al principio de integralidad, porque la universalidad tiene relación con la persona en el ámbito nacional donde se encuentre, independiente del país que sea origen, al que se le debe brindar atención y protección en salud.

La universalidad es la garantía de protección para todas las personas, sin discriminación y en todas las etapas de la vida. En salud, la cobertura universal se logrará progresivamente por medio de la afiliación de los habitantes a los dos regímenes contributivo y subsidiado.

Si en Colombia la universalidad es un mandato legal, ya que la salud es un derecho esencial, por la conexidad con el derecho a la vida; y la seguridad social es un servicio público y un derecho irrenunciable, tal como lo consagra la constitución; los servicios de salud deberían llegar a toda la población.

Uno de los puntos más importantes que debe superar el Nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, con relación a los modelos anteriores, es el principio de la universalidad que consiste en el acceso a los servicios de salud, por lo cual se establece que debe ser de carácter obligatorio.

Con la Ley 1122 de 2007 se introdujeron algunas reformas, siendo una de la más relevante la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), con la cual se fortalece el Sistema General de Seguridad Social en salud. La citada Comisión contará con la formación de una base técnica e informada para la orientación del sistema en cuanto a planes de beneficios y precios; así mismo se afianza a la Superintendencia Nacional de Salud, la creación del defensor del usuario y el establecimiento de indicadores de gestión y resultados. Además, de la eficiencia y proyección de instituciones como la Empresa Social del Estado (ESE), lo cual constituye cambios importantes en cuanto al tratamiento o la

concepción que se había formado de estas entidades; de igual manera, se realizaron ajustes importantes en cuanto al financiamiento del Sistema en los dos regímenes, se definieron aspectos con la prestación del servicio e intentó fortalecer la atención de urgencias.

La Ley 1438 de 2011, trajo consigo la consolidación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia de la Promoción y prevención en la atención primaria en Salud, cuyo objetivo es la búsqueda del mejoramiento de la vida saludable para todos los habitantes del territorio colombiano y de esta forma lograr la aplicación del principio de universalidad, el cual persigue la garantía del servicio de salud integral a todos los habitantes sin ninguna distinción, en cualquier centro de salud ubicado dentro del territorio nacional.

En la normatividad existe una circular la 024 de 2012, en la cual es clara que el principio de universalidad se aplica en los menores de un año a los cuales por ningún motivo se les debe negar el servicio de urgencia, así no estén afiliados a ninguno de los dos regímenes, su atención se hace efectiva sólo con el carnet de la madre y con el compromiso que ella legalice su afiliación.

Dentro de las sentencias aquí estudiadas debemos dar relevancia a la Sentencia T- 760 de 2008, la cual tiene una connotación especial en la presente investigación por cuanto es un compendio de varias sentencias de Tutela en Salud para atender la problemática de la

prestación de servicios de salud. En la precitada sentencia la Corte Constitucional sentó el precedente que el Derecho a la salud es un derecho fundamental, protegiendo a determinados colectivos especiales como son: los adultos mayores, los niños y las niñas, las madres y los discapacitados y las mujeres en estado de embarazo. El derecho a la Salud es un derecho Fundamental por si mismo porque se relaciona con la dignidad humana, no se trata sólo de garantizar la salud sino también su atención, tal como lo reafirma la sentencia precitada. Esta sentencia, además señala otros derechos como es el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, el derecho a acceder a estos servicios garantizando a las personas que padecen enfermedades catastróficas o de alto costo.

El principio de Universalidad en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia esta materializado a través de las leyes, decretos y sentencias, se ahondan aun más en la obligatoriedad que todo ciudadano colombiano esté vinculado al Sistema de Seguridad Social. Sin embargo en la práctica aun está por cumplirse este principio ya que por un lado no se ha podido cubrir el 100% de la población, tal como lo indican las estadísticas.

Todavía hay mucha tela por cortar y el año 2012 se presentó un proyecto de acto legislativo, cuyo ponente es el Dr. Alfonso Prada del Partido Verde, que pretendía elevar a derecho fundamental el derecho al acceso a la salud, argumentando la necesidad de garantizar por parte del Estado y los particulares, la vida como la salud, de esta manera la salud dejarían de ser manejada de acuerdo a un mercado empresarial que no lo ha hecho bien, por tanto se acabaría la corrupción a la cual se han aprovechado de los recursos

económicos para beneficiar a estos estamentos y no a las personas que requieren de la prestación de un servicio de salud con calidad y eficiencia; sin embargo esta no fue acogida finalmente por la plenaria de la cámara por considerar que si está establecido como un derecho fundamental porque es servicio público, y como tal tiene el Estado que velar y ser responsable en la prestación efectiva de este derecho.

El principio de Universalidad en el actual sistema de salud, aparentemente se hace efectivo, ya que todo colombiano debe estar en condición de afiliado, subsidiado, vinculado o desplazado, o sea que tiene que estar afiliado a la seguridad social. La ley 1438 consagra que todo paciente que no tenga seguridad social debe ser atendido y debe prestársele todos los servicios que requiere y posteriormente, estos gastos deben ser cobrados a los entes territoriales; y luego el paciente legalizara su situación.

A partir del 1 de noviembre de 2011 se realizó la unificación del los servicios del POS contributivo y subsidiado para toda la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Asociación Colombiana de la Salud – ASSALUD

<http://www.scielosp.org>

Cartilla Ministerio de la Protección Social – Comunicaciones. 2004

Observatorio de la Seguridad Social, Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas. (2007) GES.

Julio Mario Orozco Africano. (2008) *Caracterización del mercado del aseguramiento en salud para el régimen contributivo en Colombia.*

Ley 100 de 1993. Colombia.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Ley 1438 de 2011. Colombia.

Ley 1122 de 2007. Colombia.

Informe Anual para el Congreso de la República. 2010

Jaramillo Pérez, Iván. (1999). *El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la ley 100*. 4 Edición, FESCO, FRB, FES Bogotá.

Jaramillo Pérez, Iván; Alarcón, Juan Carlos. (1998). “*Evaluación de la descentralización y el régimen subsidiado*”, Fundaciones Fescol y Corona, Bogotá.

Jara, Hidalgo Luisa. (1999). *Programa de Fortalecimientos de Servicios de Salud*.

Pereira, A. Marta I. (2007). *La prestación del servicio de salud en Colombia y sus Implicaciones para la gobernanza*.

Revista Salud Pública, Volumen 2, Año 2000.

Revilla, J. (2010). "Principios Doctrinales de la Seguridad Social: Principio de Universalidad", <http://jorgemachicado.blogspot.com/2010/08/universalidad.html> Consulta: Lunes, 13 Agosto de 2012

Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1):82-9

Sentencia C-36/2008.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30895>

<http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>

<http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=DmJqNOTDbzg%3D...>

http://www.sssalud.gov.ar/institucion/archivos/carta_com.pdf

<http://www.razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas.../2700.html>

Sentencia C-075/ 2007.

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30895>

Sentencia T-760 /2008

<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>

Sentencia T-730/99 (M.P. Alejandro Martínez Caballero)

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=30895>

Constitución Política de Colombia de 1991 .

<http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

http://www.eltiempo.com/justicia/los-recobros-de-la-nueva-eps_12465021-4

<http://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/articulo/la-otra-cara/161638>

ANEXO 1
CARTA DE ENTREGA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO.

Barranquilla, 13 de junio de 2013

Marque con una X
Tesis Trabajo de Grado

Yo LUZ STELLA SANDOVAL GUARIN, identificado con C.C. No. 32608167 de Barranquilla, actuando en nombre propio y como autor de la tesis y/o trabajo de grado titulado: **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN COLOMBIA** presentado y aprobado en el año 2013 como requisito para optar al título de ABOGADO; hago entrega del ejemplar respectivo y de sus anexos de ser el caso, en formato digital o electrónico (DVD) y autorizo a la CORPORACIÓN UNIVERSITARIA DE LA COSTA, para que en los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia, utilice y use en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador de la obra objeto del presente documento.

Y autorizo a la Unidad de información, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Corporación Universitaria de la Costa, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web de la Facultad, de la Unidad de información, en el repositorio institucional y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la institución y Permita la consulta, la reproducción, a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato DVD o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

El AUTOR - ESTUDIANTES, manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y la realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de su exclusiva autoría y detenta la titularidad ante la misma. PARÁGRAFO: En caso de presentarse cualquier reclamación o acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión, EL ESTUDIANTE - AUTOR, asumirá toda la responsabilidad, y saldrá en defensa de los derechos aquí autorizados; para todos los efectos, la Universidad actúa como un tercero de buena fe.

Para constancia se firma el presente documento en dos (02) ejemplares del mismo valor y tenor, en Barranquilla D.E.I.P., a los 13 días del mes de Junio de Dos Mil trece 2013

EL AUTOR - ESTUDIANTE. _____

FIRMA

ANEXO 2
F ORMULARIO DE LA DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS O TRABAJO DE GRADO:

**EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL
EN SALUD A LA LUZ DEL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN COLOMBIA**

SUBTÍTULO, SI LO TIENE:

AUTOR AUTORES

Apellidos Completos	Nombres Completos
SANDOVAL GUARIN	LUZ STELLA

DIRECTOR (ES)

Apellidos Completos	Nombres Completos
ROMERO MARIN	LIGIA CIELO

JURADO (S)

Apellidos Completos	Nombres Completos
SUAREZ SALGADO	JHON

ASESOR (ES) O CODIRECTOR

Apellidos Completos	Nombres Completos
GUTIERREZ BELEÑO	JOSE

TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: ABOGADO

FACULTAD: DERECHO

PROGRAMA: Pregrado Especialización _____

NOMBRE DEL PROGRAMA: FACULTAD DE DERECHO

CIUDAD: Barranquilla **AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO:** 2013

NÚMERO DE PÁGINAS 70

TIPO DE ILUSTRACIONES:

Ilustraciones	Planos
Láminas	Mapas
Retratos	Fotografías
Tablas, gráficos y diagramas	

MATERIAL ANEXO (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica):

Duración del audiovisual: _____ minutos.

Número de casetes de vídeo: _____ Formato: VHS ___ Beta Max ___ ¾ ___ Beta Cam ___ Mini DV ___
DV Cam ___ DVC Pro ___ Vídeo 8 ___ Hi 8 ___

Otro. Cuál? _____

Sistema: Americano NTSC _____ Europeo PAL _____ SECAM _____

Número de casetes de audio: _____

Número de archivos dentro del DVD (En caso de incluirse un DVD diferente al trabajo de grado):

PREMIO O DISTINCIÓN (*En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial*):

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS: Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. (*En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Unidad de Procesos Técnicos de la Unidad de información en el correo biblioteca@cuc.edu.co, donde se les orientará.*)

ESPAÑOL

INGLÉS

Seguridad Social

Social Security

Universal

Universal

Promotora de Salud

Health promoter

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS:(Máximo 250 palabras-1530 caracteres):
