

PRESTACION DEL SERVICIO DE LA SALUD EN LA POBLACION  
SUBSIDIADA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

CLAUDIA ANDREA MONCAYO PALACIOS

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS  
ESPACIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
SAN JUAN DE PASTO  
2006

PRESTACION DEL SERVICIO DE LA SALUD EN LA POBLACION  
SUBSIDIADA EN EL MUNICIPIO DE PASTO

CLAUDIA ANDREA MONCAYO PALACIOS

Monografía presentada para optar el título de especialista en derecho  
administrativo

Asesor  
ARMANDO BENAVIDES CARDENAS  
Abogado - Especializado

UNIVERSIDAD DE NARIÑO  
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS  
ESPACIALIZACION EN DERECHO ADMINISTRATIVO  
SAN JUAN DE PASTO  
2006

“Las ideas y conclusiones aportadas en el presente trabajo de grado son de responsabilidad exclusiva de su autora”.

Artículo 1º del acuerdo No. 324 del 11 de octubre de 1966, emanado del honorable consejo directivo de la Universidad de Nariño.

**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

---

---

---

---

---

---

---

**FIRMA ASESOR**

---

**FIRMA JURADO**

---

**FIRMA JURADO**

**San Juan de Pasto, Marzo del 2006.**

## CONTENIDO

	PÁG
INTRODUCCIÓN	7
1. EL DERECHO A LA SALUD	9
1.1 ORIGEN	9
1.1.2 Antecedentes del Derecho a la Salud en el Estado Colombiano	10
1.2 NOCIONES DEL DERECHO A LA SALUD	12
1.3 ALGUNOS PRECEPTOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES	13
1.4 EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL POR CONEXIDAD	15
2. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	18
2.1 DESARROLLO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD - LEY 100/93	18
2.2 ACCESO DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	
2.2.1 Régimen Contributivo	23
2.2.2 Régimen Subsidiado	24
2.3 SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES – SISBEN	27
2.3.1 Funcionamiento del Régimen Subsidiado en Salud	27
2.3.2 Identificación de Beneficiarios	27
2.3.3 Priorización	30
2.4 MECANISMOS JURÍDICOS PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD	31
3. MOVIMIENTO FINANCIERO DEL SISTEMA	32
3.1 FLUJO DE RECURSOS	32

3.1.1	Sistema General de Participaciones (SGP)	34
3.1.2	Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)	36
3.1.3	Recursos Provenientes de la empresa Territorial para la Salud (ETESA)	37
3.1.4	Recursos Provenientes de la Lotería Nueve Millonaria	38
3.1.5	Recursos Propios de los Entes Territoriales	38
4.	PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA LEY 100/93 – SU PROGRESIVO DETERIORO	39
4.1	ENTIDADES QUE CONFORMAN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD	42
5.	REFORMA QUE SE PRETENDE IMPLEMENTAR AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	44
6.	LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA EN EL MUNICIPIO DE PASTO	48
6.1	APROVECHAMIENTO DE LA DIVISIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO PARA LA FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MAS POBRE	50
6.2	ENTIDADES CONTRATADAS POR EL MUNICIPIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	54
6.3	ALGUNAS CRÍTICAS AL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO	59
	CONCLUSIONES	63
	BIBLIOGRAFÍA.	
	GLOSARIO.	

## LISTA DE CUADROS

	PÁG
Cuadro1. Puntos Críticos	22
Cuadro2. Red Pública Municipal	53
Cuadro3. Índices Poblacionales de Contratos de la ARS	57
Cuadro4. Comportamiento del Régimen Subsidiado Total	58
Cuadro5. Comportamiento del Régimen Subsidiado Parcial	58

## RESUMEN

Desde la promulgación de la Constitución Política de 1991, Colombia se encuentra enmarcada dentro del contexto de un Estado Social de Derecho, del cual emergen un sin número de derechos y dentro de aquellos denominados de segunda generación se ve inmerso el derecho a la salud en toda su amplitud, el mismo que ha tenido su evolución y desarrollo a través de la historia y del cual se ha pretendido se beneficien todos los ciudadanos sin ninguna discriminación, sin que hasta la presente fecha se halla podido alcanzar niveles óptimos ni en cobertura ni de calidad del servicio, a pesar de las innumerables disposiciones legales creadas y sancionadas por el gobierno de turno para tal efecto.

La norma constitucional contiene la reforma más trascendental al incluir en su articulado el derecho a la seguridad social, que tuvo su asidero legal en la ley 100 de 1993, norma que desarrolla el Sistema de Seguridad Social Integral, cuyo objeto fue disponer de un conjunto de instituciones, normas y procedimientos para que las personas y la comunidad puedan gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar una cobertura integral de las contingencias en salud, sin dejar de lado aquella parte de la población sin capacidad de pago; mas aun, para su exclusiva y eficiente atención se diseñó el régimen subsidiado en salud, presentado como un modelo para la prestación del servicio público social, con preeminencia del usuario, focalizando su beneficio en los más pobres, con descentralización y destinación específica de los recursos para financiar el sistema.

Si bien este de Seguridad Social en Salud se fundo bajo principios tales como, igualdad, equidad, solidaridad, universalidad, eficacia etc, vemos como estos preceptos no han tenido pleno eco en la administración central, por cuanto para nadie es desconocido las deficientes condiciones en las cuales se presta el servicio de salud a la población más pobres y vulnerable, pues a diario acuden a mecanismos jurídicos en aras a que no sean vulnerados sus derechos más elementales y se le preste el servicio al cual tienen derecho y por ende la correlativa obligación de prestación del servicio de salud por parte el Estado. de otra parte persiste un considerable número de población no registrada en el sistema, a pesar de sus precarísimas condiciones, es decir sufre las inclemencias, atropellos e injusticias producto de una mala administración y falta de políticas públicas que acojan en su seno a los menos favorecidos y se les brinde beneficios y subsidios por parte del Estado, ello se ve reflejado en todos los niveles tanto el departamental como el municipal y distrital sin que se avizore un reforma que conlleve una verdadera transformación que aliviane ostensiblemente esta exclusión.



## ABSTRACT

From the promulgation of the Political Constitution of 1991, Colombia is framed inside the context of a social state of right, of which you/they emerge a without i number of rights and inside those denominated of second generation the right is introduced to the health in all its width, the same one that has had its evolution and development through the history and of which has been sought all the citizens they benefit without any discrimination, without until the present it dates he/she is been able to reach good levels neither in covering neither of quality of the service, in spite of the created countless legal dispositions and sanctioned by the shift government for such an effect.

The constitutional norm contains the reformation but momentous when including in its articulate one the right to the social security that had its legal handle in the law 100 of 1993, norm that develops the System of Integral Social security whose object was to have a group of institutions, norms and procedures so that people and the community can enjoy a better quality of life, by means of the progressive execution of the plans and programs that the state and the society develop to provide an integral covering of the contingencies in health, without leaving aside the population's part without payment capacity; but even, for its sole right and efficient attention you design the régime subsidized in health, presented as a model for the benefit of the service publishes social, with the user's pre-eminence, lending their benefit in the poorest, with decentralization and destination specifies of the resources to finance the system.

Although this System of Social security in health you finds such low principles as, equality, justness, solidarity, universality, effectiveness etc, we see as these precepts they have not had full echo in the central administration, since nobody stops it is ignored the faulty conditions in which the service of health is lent to the population but poor and vulnerable, because to newspaper they go to juridical mechanisms in altars to that its rights are not harmed but elementary and he/she is lent the service to which you/they have right and hence the correlative obligation of benefit of the service of health for part the state. of another part a considerable one persists i not number of population registered in the system, in spite of their precarious conditions, that is to say it suffers the abuses, violations and injustices product of a bad administration and it lacks of politicians you publish that they welcome in their breast to the less favored ones and they are offered benefits and subsidies on the part of the state, it is reflected it in all the levels as much the departmental one the municipal one and district without a reformation is glimpsed that bears to a true transformation that consoles this exclusion ostensibly.

## INTRODUCCIÓN

La Nación Colombiana desarrolla todas sus políticas públicas dentro del contexto de Estado Social de Derecho, en donde incursiona el régimen subsidiado de salud en el marco de la Constitución de 1991, con un modelo de prestación del servicio público de la salud dando preeminencia al usuario y focalizando a los sectores más desprotegidos de la población, procediendo para ello a descentralizar los recursos financieros en orden a efectivizar el nuevo esquema. Así se define la seguridad social como un servicio público, permanente y un derecho colectivo, público universal e irrenunciable para todos los ciudadanos.

Así en ese marco aparece la Ley 100 de 1993, que establece el nuevo sistema general de seguridad social en salud denominado régimen subsidiado, al cual tienen acceso los ciudadanos que no tienen capacidad de pago para cubrir el monto total de las cotizaciones a su cargo.

El esquema de salud anterior dejaba por fuera a una gran mayoría de población correspondiente a los estratos 1 – 2 – 3 de los sectores más pobres y vulnerables, especialmente ubicados en las zonas rurales y urbanas que se encontraban desprotegidas de la atención oficial por mucho tiempo, y que en este esquema se aspira a que encuentren cobertura total.

Estamos entonces frente a un derecho fundamental de la salud, que tiene todo ciudadano y por lo mismo contiene elementos que se enmarcan en el cubrimiento del derecho a la vida preferencialmente, porque atender contra la salud, es atender contra la propia vida, así los fines del Estado requieren que para prestar un eficiente servicio de seguridad social se debe establecer unos principios de continuidad, inmediatez, eficacia y de calidad, a fin de dignificar la condición humana.

Para el cumplimiento de dicho cometido se encuentran las Direcciones Locales, Distritales y Departamentales de Salud, entidades encargadas de suscribir los respectivos contratos de administración del subsidio con las entidades promotoras de salud, que afilian a los beneficiarios del subsidio, financiado por el fondo de solidaridad y garantía y con otros recursos oficiales.

Al tenor de la Constitución Política y dentro de espectro de la descentralización administrativa se les asignó a las entidades territoriales: Departamentos, Municipios y Distritos la ejecución de la política social referente a la prestación de carácter asistencial que ha presentado falencias notorias dando al traste con el normal desarrollo de este esquema de salud, y en consecuencia han sido innumerables las acciones legales, demandas y tutelas que se han interpuesto contra el Estado y contra las Entidades Prestadoras de Servicio, por la negativa en

la prestación del servicio medico, en la entrega de medicamentos y en la carencia de servicios especializados entre otros.

Al referirnos a los actuales momentos y en el caso particular del Municipio de Pasto, vemos que la cobertura del servicio ha avanzado notablemente pero no en el grado optimo, motivo por el cual el presente trabajo monográfico se introduce de manera sucinta en la consagración constitucional del derecho de salud en el contexto local, su desarrollo legal, los mecanismos jurídicos existentes para su protección, así como también el flujo y manejo de los recursos financieros que lo soportan.

En ese contexto, se pretende conocer los índices de cobertura de la población subsidiada que actualmente tiene la base de datos del Municipio de Pasto, para tal cometido es necesario adentrarnos en aspectos generales del sistema que se verán relacionados en la primera parte de nuestro análisis, los mismos que nos conducirán a detallar de manera puntual las políticas y proyecciones que al respecto maneja la actual administración local, adicionado a ello puntualizaremos las entidades que de manera coordinada hacen posible la afiliación y atención de población pobre y vulnerable de nuestra ciudad como el numero de afiliados que tiene cada una de las ARS, y finalizaremos con algunas criticas que a la vez se convierten en recomendaciones que pueden servir de guías para el mejoramiento y también de acción para una mejor prestación del servicio que de acogerse redundaría en el bienestar de los afiliados.

# 1. EL DERECHO A LA SALUD

## 1.1 ORIGEN

El derecho a la salud encuentra su desarrollo en las políticas de protección social de la Europa Occidental a finales del siglo XIX. En ese momento, el derecho a la salud se incorporó no como un derecho de carácter individual, sino como un compromiso estatal en la adopción de políticas de prevención y atención de salud pública. Una primera manifestación de este derecho, se encuentra en Alemania en 1881, donde se instaura un sistema de seguridad social para los trabajadores, fundado en el principio de la solidaridad que comprendía la adopción de medidas preventivas de salud pública y la asistencia médica gratuita en instituciones hospitalarias financiadas por el Estado.

La consolidación del derecho individual a la salud se logra en realidad a partir de su inclusión en la Declaración Universal de Derechos Humanos y de los trabajos de la Organización Mundial de la Salud, cuyos resultados se consolidan durante la segunda mitad del siglo XX, con el establecimiento en el orden interno de mecanismos que permitirán su exigibilidad jurídica al Estado.

La constitución de la Organización Mundial de la Salud, sirvió como escenario para impulsar el desarrollo de la salud como un derecho exigible. Así, en el Congreso de Constitución celebrado el 7 de abril de 1948 el derecho a la salud fue definido como la aspiración de todos los pueblos en el goce máximo de salud para todos los ciudadanos. La salud es el estado de absoluto bienestar físico, mental, y social, sin distinción de religión, credo político o de clase social. Todo hombre tiene derecho a conservar su salud y en caso de que enferme, a poseer los medios para curarse. Esta protección debe abarcar no solo a el sino también a sus familiares.

En el mismo año, tuvo vida la Declaración Universal de Derechos Humanos, y en su artículo 25, estableció el derecho a la salud, como el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios; tiene así mismo derecho a los seguros de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Posteriormente en 1966 este derecho es consagrado extensamente en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, como el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, el cual impone a los Estados parte la obligación de adoptar medidas que aseguren su plena efectividad, a fin de reducir la mortalidad de la población, en particular la

mortalidad infantil y su sano desarrollo; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene, del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas; la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la salud, además fue reconocido por la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial de 1965, y por el artículo 12 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979. También se encuentra incorporado en los artículos 24, 25 y 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es importante anotar, que en ninguno de estos instrumentos internacionales se define el derecho a la salud como un derecho a estar sano. Y ello es así, porque dada la multiplicidad de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales, ambientales y económicos que pueden determinar la presencia de enfermedades, sería imposible garantizar un derecho a la salud con ese contenido. Por ello, según el Comité de Derechos Sociales, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. Así ha sido entendido por las distintas legislaciones.

Dentro del sistema de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, realizan considerables esfuerzos para mejorar las condiciones y el acceso a los servicios de salud a favor de toda la población mundial. Sin embargo, son los propios Estados los responsables del cumplimiento de los tratados y convenios internacionales en materia de salud, que entre otros compromisos imponen a los mismos la obligación de reconocer a nivel constitucional el derecho a la salud, así como establecer mecanismos adecuados para su protección.

A pesar de que el desarrollo incorporado de la salud como derecho individual, familiar y colectivo fue en apariencia un proceso pacífico para llegar a esta formulación, demandó muchos años de esfuerzos para su consolidación. Cada uno de sus términos, salud, y derecho, así como las obligaciones que se derivan de su consagración han sido y siguen siendo objeto de intensos debates.

**1.1.1 Antecedentes del derecho a la salud en el Estado Colombiano.** Al buscar un antecedente del reconocimiento explícito del derecho a la salud en Colombia, aparece por primera vez consagrado a nivel constitucional en 1936 con la incorporación del derecho a la asistencia pública en el acto legislativo 01 de 1936, el cual estableció que “la asistencia pública es función del Estado. Se deberá prestar a quien careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacitados para trabajar. La ley

determinara la forma como se preste la asistencia y los casos en que debe darle directamente el Estado”.

Bajo este régimen, acorde con el desarrollo de la primera mitad del siglo XX en Europa, el derecho a la salud no tiene el carácter de un derecho individual exigible al Estado, sino mas bien de un compromiso estatal para proveer asistencia publica en salud y de manera residual, esto es, cuando la persona carecía de recursos propios y no tuviese alguien que estuviera obligado a proveerle su cuidado en salud. La regulación de este derecho quedó en manos del legislador, quien otorgó al gobierno facultades extraordinarias para reglamentar la asistencia publica que quedaron plasmados en el decreto extraordinario 3224 de 1963, y que le dio un enfoque de calidad pública a la atención de salud a cargo del Estado, dado que señalo que la asistencia publica, como función del Estado, consistente en la ayuda que este debe prestar para procurar el bienestar individual, familiar, y colectivo, mediante la prevención de la enfermedad, la promoción y la recuperación de la salud de quienes careciendo de medios de subsistencia y de derechos para exigirle de otras personas, estén incapacidad para trabajar.

Pese a las ausencias o deficiencias de los conceptos constitucionales en relación con el derecho a la salud, Colombia fue firmante de los documentos que rigen a nivel internacional la doctrina y la acción de los derechos humanos: pues firmo la carta constitutiva de la Naciones Unidas en 1945, la Declaración de los Derechos Humanos en 1948, y se adhirió al Pacto de los Derechos Económicos, Sociales, y Culturales mediante ley 74 de 1969.

La transformación constitucional introducida en 1991, acepta de manera explicita los derechos humanos, consagrando dentro del capitulo de los derechos sociales, económicos y culturales un derecho a la salud mucho mas amplio que el vigente a la constitución de 1886. En la carta política del 1991 el derecho a la salud se encuentra consagrado en los artículos 44, 46, 47, 48, 49, 50, entre otros. Este enfoque detallado de la salud supero el concepto tangencial que de asistencia publica que hacía referencia la carta de 1886.

Si se observa bien la Constitución vigente, no emplea expresamente el término derecho a la salud. No obstante, tanto la doctrina como la jurisprudencia constitucional emplean tal expresión para cobijar el acceso a los servicios de promoción, protección, recuperación de la salud, la atención de la salud y la seguridad social.

Existe por tanto, un consenso en torno al significado a la salud en el contexto jurídico Colombiano, que desde 1991 se deriva directamente del Estado Social de Derecho: “la salud es un concepto que guarda íntimamente relación con el bienestar del ser humano y que dentro del marco del Estado Social al convertirse en derecho, se constituye en un postulado fundamental del bienestar ciudadano al que se propende en un nuevo orden social justo, a fin de garantizar un mínimo de

dignidad a las personas, siendo un principio fundamental que implica que este modelo de Estado, se obligue a garantizar la integridad del ser humano, pues ello constituye la razón de ser, principio y fin último de su existencia, en consecuencia, “la salud constitucionalmente protegida no hace referencia únicamente al componente físico, sino que comprende necesariamente todos aquellos aspectos propios del bienestar psicológico, mental y sicosomático de las personas.

En términos generales, la Constitución reconoce un derecho a la salud con un carácter dual: como derecho individual fundamental, ya sea por razón de conexidad o como ocurre en el caso del derecho a la salud de los niños como fundamental por expresa disposición constitucional y como un derecho de carácter asistencial. Así lo ha reconocido la Corte Constitucional al decir “el derecho a la salud conforma, en su naturaleza jurídica un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques, el primero lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra el derecho a la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental. El segundo bloque de elementos sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas.

A esa doble calidad de derecho fundamental por conexidad o por disposición constitucional expresa, se suma una tercera, la salud como derecho de índole colectiva en su acepción de salubridad pública, que involucra tanto su carácter fundamental como el asistencial.

## **1.2 NOCIONES DEL DERECHO A LA SALUD**

El Diccionario de la Lengua Española (1992), define la salud, como un estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, o como las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado.

Por su parte, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, ha precisado que la salud es el estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades. Así mismo, el goce del máximo grado de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social. La salud involucra entonces, actividades de prevención, promoción y protección, e implica un enfoque integral en donde se incluyen los entornos físico y social y los demás factores relacionados con la existencia.

En nuestro país, la Corte Constitucional ha entendido el derecho a la salud como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica, tanto física como mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación que

afecte su estabilidad orgánica o funcional. De allí que este derecho implique una acción de conservación y otra de restablecimiento por parte del poder público, como de la sociedad, la familia y el mismo individuo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales, considera que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones que permiten a las personas llevar una vida sana. Estos factores contemplan la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, a un entorno de trabajo seguro y sano y un medio ambiente adecuado.

### **1.3 ALGUNOS PRECEPTOS LEGALES Y CONSTITUCIONALES**

La Carta Política consagra expresamente la obligación que tiene el Estado Colombiano de garantizar el acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud, a toda la población sin ninguna discriminación, así:

1. Existe un derecho fundamental a la salud en la cabeza de los niños ( art 44 C.N), que cubre tanto a menores afiliados al sistema general de seguridad social en salud, como a quienes carecen de dicha afiliación durante su primer año de vida (Art. 50 C.N)
2. Las personas de la tercera edad y los disminuidos físicos, gozan de especial protección en materia de salud, a través del sistema de seguridad social art 46, y 47 C.N.
3. El derecho a la seguridad social es irrenunciable, consagrado como un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficacia, universalidad, y solidaridad (Art. 48 C.N)

En su concepción colectiva, el derecho a la salud ha sido contemplado en el artículo 49, así entonces, la asistencia sanitaria y saneamiento ambiental, tiene el carácter de servicio público a cargo del Estado a quien compete reglamentar, organizar y dirigir la forma como será prestado y la definición de cuando la atención básica en salud será gratuita y obligatoria

El artículo 50 dispuso: Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado. La ley reglamentará la materia.

También el artículo 64 consagra que es deber del Estado promover el acceso progresivo a la propiedad de los trabajadores agrarios, en forma individual y asociativa, y a los servicios de educación, salud, vivienda, seguridad social,



recreación, crédito, comunicaciones, comercialización de todos los productos, asistencia técnica, y empresarial con el fin de mejorar el ingreso y calidad de vida de los campesinos.

En consonancia con los preceptos señalados, fue la Constitución la que delego en el legislador el desarrollo de los derechos a la salud, a la seguridad social, así como la asistencia sanitaria pública y del saneamiento ambiental y le otorgo un amplio margen para su configuración. Será la ley la que señalara los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

En desarrollo de las mencionadas disposiciones constitucionales, se expidió la Ley 100 de 1993, cuyo artículo 1º, señala que el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan y el artículo 2º ibídem, dispone que el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Por su parte el artículo 8º establece que uno de los objetivos del sistema de seguridad social en salud es el garantizar la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio de solidaridad permitan que sectores sin capacidad económica suficiente accedan al sistema, y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral, a través del Régimen Subsidiado de Salud.<sup>1</sup>

#### **1.4 EL DERECHO A LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL POR CONEXIDAD**

A pesar que por regla general el derecho a la salud tiene un carácter prestacional, la Corte Constitucional ha sostenido de manera reiterada que el derecho a la salud adquiere el carácter de derecho fundamental cuando se encuentra en relación de conexidad con otros derechos que tienen en si mismos ese rango, tal como sucede con los derechos a la vida, a la integridad personal y a la igualdad, entendidos los derechos fundamentales por conexidad, como aquellos que no siendo denominados como tales en el texto constitucional, les esta comunicada esta calificación en virtud de la íntima e inescindible relación con otros derechos fundamentales, de manera que si no fueran protegidos en forma inmediata los primeros, se ocasionaría la vulneración o amenaza de los segundos.

---

<sup>1</sup> Dentro del Sistema de Salud establecido por la Ley 100 de 1993, se definieron las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud, para todos los habitantes del territorio nacional, con capacidad económica o sin ella, de tal manera que permitiera a todas las personas el acceso a los servicios de salud. De donde se deduce que la afiliación al Sistema es obligatoria para todos los habitantes de Colombia, ya sea a través del régimen contributivo o subsidiado.

De esta forma, el derecho a la salud se convierte en fundamental por conexidad con el derecho a la vida, no solo cuando ha sido amenazado su titular con la muerte o con sufrimientos graves, sino cuando de su protección depende que el sujeto acceda a condiciones tales que le permitan gozar de la óptima calidad de vida que merece, por cuanto el derecho consagrado en el artículo 11 de la Constitución Nacional, no consiste meramente en la conservación de las funciones corporales que le permitan al individuo mantenerse con vida, sino que implica además que el sujeto alcance un estado lo más lejano posible del sufrimiento, y que en consecuencia, pueda desempeñarse en sociedad, en condiciones de normalidad con una óptima calidad de vida; de acuerdo a estos lineamientos se interpretaría igualmente de manera integral el principio de dignidad humana consagrada en el artículo 1 de la Carta Política.

Ahora bien, reiterados pronunciamientos jurisprudenciales han establecido que por virtud de su conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la salud reviste carácter fundamental, y por lo mismo, comporta no solo la intervención puntual necesaria para evitar la enfermedad, sino también la actuación precisa para lograr la recuperación de la calidad de vida, por ende, el derecho a la salud es fundamental, pues advierte la normalidad orgánica y funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, siendo que una disminución en las mismas impide su libre desarrollo y afecta su integridad personal, por ello, el derecho a la salud conlleva una doble connotación, la acción de conservación y otra de reestablecimiento.

Entonces, la regla sobre la vinculación del derecho a la salud con otros derechos, varían de acuerdo al derecho fundamental que se quiere hacer valer como conexo, cabe anotar, que serán las circunstancias de caso concreto las que determinan el grado en que el derecho a la vida digna se vea afectado por la salud del implicado

No debe perderse de vista, que en diversos pronunciamientos de la Corte Constitucional se ha establecido existen eventos en los cuales **el derecho a la salud tiene un carácter fundamental de manera autónoma**, precisando que es factible constatar la existencia de regulaciones internas sobre el derecho a la salud, que radican un derecho subjetivo sobre las personas para recibir las prestaciones que han sido allí establecidas. Se advierte que cuando son desconocidas tales regulaciones sobre procedimientos, tratamientos o medicamentos establecidos en el POS, o cuando se impide el acceso a las prestaciones médicas en caso de urgencia, puede afirmarse que existe una violación al derecho fundamental a la salud, sin que sea necesario establecer una amenaza a otro derecho fundamental como la vida. En estos casos, resulta evidente que procederá la acción de tutela para amparar el derecho. (negritas fuera de texto).

Al respecto la sentencia T – 859 de 2003 (M.P. Eduardo Montealegre Lynett) señaló sobre este punto lo siguiente:

*“Al adoptarse internamente un sistema de salud –no interesa que sea a través del sistema nacional de salud o a través del sistema de seguridad social- en el cual se identifican los factores de riesgo, las enfermedades, males, medicamentos, procedimientos y, en general, los factores que el sistema va a atender para lograr la recuperación y el disfrute del máximo nivel posible de salud en un momento histórico determinado, se supera la instancia de indeterminación que impide que el propósito funcional del derecho se traduzca en un derecho subjetivo. Es decir, se completan los requisitos para que el derecho a la salud adquiera la naturaleza fundamental, en los términos de la sentencia T-227 de 2003.*

*Así las cosas, puede sostenerse que tiene **naturaleza de derecho fundamental, de manera autónoma**, el derecho a recibir la atención de salud definidas en el Plan Básico de Salud, el Plan Obligatorio de Salud y el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado –Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias -, así como respecto de los elementos derivados de las obligaciones básicas definidas en la Observación General N°14. Lo anterior por cuanto se han definido los contenidos precisos del derecho, de manera que existe un derecho subjetivo claro a favor de quienes pertenecen a cada uno de los subsistemas –contributivo, subsidiado, etc.-. La Corte ya se había pronunciado sobre ello al considerar el fenómeno de la transmutación de los derechos prestacionales en derechos subjetivos<sup>2, 3</sup>.*

Por las anteriores razones, afirmo la Corte Constitucional,<sup>4</sup> cuando sea afectado el mínimo de condiciones con el cual las personas aseguran sus propias vidas, la acción de tutela es la vía principal y procedente para evitar la vulneración al derecho a la salud, como ha sido señalado con insistencia. En conclusión, no brindar los medicamentos previstos en cualquiera de los planes obligatorios de salud, o no permitir la realización de las cirugías amparadas por el plan, constituye una vulneración al derecho fundamental a la salud. Así lo señaló la citada sentencia T-538 de 2004 (M.P. Clara Inés Vargas Hernández) en donde se dijo que *“En éstos eventos, la labor del juez consiste en desplegar su actividad a la constatación de la omisión de una obligación de hacer por parte de alguna entidad que brinda el servicio de salud, que con éste actuar vulnera el derecho a la igualdad y a la vida. Probados los hechos, está facultado para ordenar que esa situación sea corregida, tal y como ésta Corporación lo ha hecho entre otras, en las sentencias T - 282 de 1999, T – 859 de 2003 y T – 860 de 2003.”*

---

<sup>2</sup> Sentencia SU-819 de 1999.

<sup>3</sup> Cf. Sentencia T – 859 de 2003.

<sup>4</sup> Entre otras, las sentencias T-736 de 2004, T-538 de 2004 y T-082 de 2004

## **2. SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

### **2.1 DESARROLLO LEGAL DEL DERECHO A LA SALUD LEY 100 DE 1993**

El Sistema general de seguridad social en salud —SGSSS— fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993; tuvo origen en el gobierno y fue presentada para discusión y aprobación ante el Congreso Nacional de la República en 1992, en principio, se centro sobre el tema pensional y posteriormente se ultimó con el tema de la salud, cuyo objetivo fue dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. Sancionada finalmente en junio de 1993.

Sus antecedentes más próximos los podemos resumir de la siguiente manera:

1. Básicamente se remontan a hechos de tipo social y económico que enmarcaron el sistema de seguridad social en Colombia, tales como la baja cobertura, la incapacidad financiera del sistema existente, la ascendiente deuda pensional, la deficiente prestación del servicio médico, los excesivos trámites burocráticos y a la inequidad interna.
2. Como segundo antecedente esta la expedición de la Constitución Política de 1991, la cual en su artículo 48 consagró la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, el cual adquiere el carácter de derecho fundamental cuando según las circunstancias del caso, su desconocimiento puede conllevar a la violación de otros derechos y principios fundamentales, como la vida, la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

En cumplimiento de los mandatos constitucionales consagrados en los artículos 48, 49, el legislador colombiano expidió la ley 100 de 1993, la cual crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones, la que define los alcances de la seguridad social integral, como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que dispone la persona y la comunidad para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar una cobertura integral de las contingencias en salud y la capacidad económica de los habitantes, con el objeto de lograr el bienestar y la integración de la comunidad. En ejercicio de la potestad de configuración en materia de regulación del derecho a la salud y del derecho a la seguridad social, el legislador optó por incorporar bajo un marco común las actividades que integran la seguridad social y la atención en

salud, con el fin de facilitar el acceso de las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Los principales objetivos que se pretendían alcanzar con la implementación del SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, eran entre otros:

- Garantizar las prestaciones económicas y asistenciales de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema, y para aquellas personas sin capacidad de pago, será el Estado quien asumirá esa carga mediante el pago de un subsidio para tengan acceso a la salud.
- Contemplo la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda a la prestación integral y efectiva de sus beneficios, buscando garantizar la financiación y el equilibrio del sistema, a través de la cotización y de la asignación de recursos del presupuesto nacional.
- Mejorar la calidad y fomentar la eficiencia en la provisión de servicios de salud.

Existen quienes consideran que la Ley 100 puso en evidencia la existencia de una voluntad política nacional por reformar el sistema de salud en Colombia para alcanzar un verdadero aseguramiento en salud. Destacan además, como un aspecto positivo el impulso a procesos de participación ciudadana y democratización en procesos y servicios de salud, a través de la municipalización, de la gestión y el establecimiento de veedurías populares, señalando que dada la heterogeneidad en cuanto a capacidades institucionales de gestión local, tal logro debe ser visto como proceso en construcción, como es el caso de los problemas que se presentan en la categorización poblacional a través del Sisbén (consideraciones del presidente de FESALUD. Dr. Rocoto).

Como aspecto sobresaliente sobre el desarrollo de la prenombrada ley, se registra la incorporación de un número considerable de ciudadanos al sistema de seguridad social en salud, a pesar de sus características restrictivas en el régimen subsidiado, y afirma que quizás el reto más importante para Colombia sea construir un sistema de aseguramiento verdadero que no se sustente en diferencias discriminatorias (afiliados contributivos-subsidiados-vinculados) sino que por el contrario, garantice un conjunto universal de prestaciones sostenible política, social y financieramente, adecuado a las necesidades de la población, además de que el sistema debería verse como un elemento complementario a acciones de salud pública y promoción de la salud.

Así mismo, sostienen que la Ley 100, ha permitido la modernización empresarial, ubicando al usuario en el centro de la atención, aunque parece necesario colocar

precauciones y controles que eviten desfigurar el objetivo de servicio de instituciones de salud y que sea reemplazado por un criterio utilitario-mercantilista. Por el contrario sus detractores <sup>5</sup>, señalan que el sector salud a partir de la aplicación de la ley 100 de 1993 no avanzó, e incluso algunos expertos dicen que retrocedió, basándose en las siguientes presupuestas: la insuficiente regulación estatal para impedir desviaciones en los distintos “nodos” del sistema, particularmente en lo relativo a flujos financieros, problemas que al parecer se ubican en determinadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) que privilegian el rendimiento económico en perjuicio de la calidad de la atención y de un adecuado tratamiento a personal de salud.

Otros dos graves problemas generados por la ley son: en primer lugar, la competencia de establecimientos públicos con proveedores privados en condiciones desventajosas que han llevado al cierre forzado de establecimientos hospitalarios con notable tradición de servicio, y en segundo lugar, la evidente subordinación de componentes preventivo promocionales y de salud pública ha actividades de recuperación, claramente ubicadas en una dinámica de mercado. Las consecuencias han sido documentadas con retrocesos en actividades prioritarias como vacunación infantil y materna, por ejemplo.

Si bien es cierto, que luego de 10 años de aprobada la ley, se puede hablar de una verdadera evolución, ya que han sido notorios los cambios entre el anterior, Sistema Nacional de Salud, al cual accedía toda la población con algunas desventajas (la percepción de la calidad y la satisfacción por parte de los usuarios, algunas ineficiencias en el servicio y demoras en la atención); no lo es menos, que el actual Sistema General de Seguridad Social implementado a partir de la Ley 100, no ha podido hacer que se cumplan los preceptos constitucionales de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política Nacional.

El artículo 48 expresa "La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad", y: "No se podrán destinar, ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella".

Si bien este artículo de la Constitución está contemplado en el articulado de la Ley 100 y su reglamentación, aún gran parte de la población no tiene acceso al servicio y para otro gran porcentaje es muy precario y limitado este acceso. Igualmente la dirección, coordinación y control del Estado ha demostrado todo lo contrario, ya que los grandes monopolios económicos y algunas empresas poco serias han manejado los recursos para otros fines muy diferentes bajo la permisividad e inoperancia de la Vigilancia y Control del Ministerio de Protección

---

<sup>5</sup> Dr. ROJAS, José Darío. Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia – AESA- al referirse a la década de la ley 100. [www.periodicoelpulso.com](http://www.periodicoelpulso.com) – octubre. 2005

Social y la Supersalud, con la ya conocida pérdida de miles de millones de pesos que quedaron en manos de particulares, se perdieron y nunca se utilizaron en lo ordenado por la Constitución.

De otra parte, se encuentra la marcada participación privada, antes solo en la prestación de servicios, ahora resulta definitiva en la dirección, administración, manejo de los recursos financieros y prestación de servicios, y se hace desde los altos intereses del capital. Esto trajo como resultado un fuerte conflicto entre el carácter público que la Constitución le da al servicio de salud y el propósito de rentabilidad económica del sector privado, que antes que pensar en los fines más altruistas de un sistema de salud como el bienestar de la población, su calidad de vida, el desarrollo en los términos integrales en los que hoy se define el capital humano y social para el país, requieren obtener resultados financieros para sus accionistas.

La intervención del Estado se cambió por un papel regulador, lo que ha supuesto un debilitamiento de la autoridad, tanto nacional como territorial, y este se limitó esencialmente a la reglamentación excesiva, siendo notoria la ausencia de orientaciones técnicas y de políticas de salud, además de la complacencia con la que se mira el manejo de los recursos financieros y la indulgencia con que son tratados los actores fuertes del sistema, los aseguradores haciendo casi inexistentes la vigilancia y el control.

El promocionado papel modulador del Estado en las relaciones entre diferentes actores de cara a los beneficios de los afiliados es débil y escaso, teniendo hoy servicios desarticulados y fragmentados, factor esencial que afecta la calidad de la atención, que en el sistema debe entenderse más allá del ámbito de cada acción particular.

Una de las irregularidades que más aquejan es la <sup>6</sup>.Manipulación política del Sisbén y de los subsidios para la salud. A las críticas bien fundadas a la política de focalización y al instrumento mismo, el Sisbén, se suma la comprobada manipulación politiquera de este y de los subsidios para la salud, lo que desvirtúa aún más el papel del Estado diezmando la credibilidad de la población, ahora paradójicamente, única acusada de tales manejos inadecuados<sup>7</sup>.

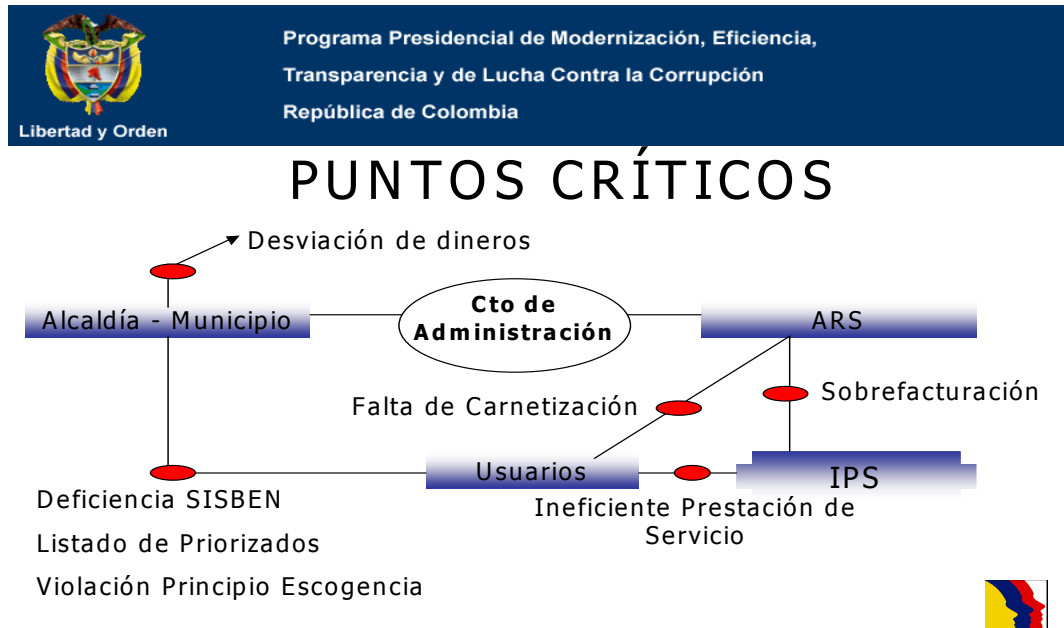
Además de lo expuesto, la Presidencia de la Republica mediante el siguiente cuadro advierte ciertos puntos críticos que habrán de combatirse mediante el “programa modernización, eficacia transparencia y lucha contra la corrupción”.

---

<sup>6</sup> Dr. ROJAS, José Darío. Director Ejecutivo de la Asociación de Empresas Sociales del Estado de Antioquia – AESA- al referirse a la década de la ley 100. [www.periodicoelpulso.com](http://www.periodicoelpulso.com) – octubre 2005.

<sup>7</sup> El Tiempo septiembre 8 del 2003.

## CUADRO 1. Puntos Críticos



## 2.2 ACCESO DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Constitución y los tratados internacionales protegen de manera especial el derecho a la salud de ciertos sujetos que en razón de una herencia histórica discriminatoria o de una condición de debilidad manifiesta ven seriamente limitados derechos de acceso a establecimientos, bienes y servicios de salud. Al respecto el parágrafo 10 de la observación general 18 del Comité de Derechos Humanos relativo a la no discriminación, precisa "el principio de igualdad exige la adopción de disposiciones positivas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan que se perpetúe la discriminación prohibida por los instrumentos internacionales de derechos humanos. En este sentido, el Estado tiene la obligación de restablecer las condiciones de igualdad de grupos o personas que se encuentran en situaciones desfavorables como resultado de circunstancia de debilidad o discriminación. Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos a considerado que el principio de igualdad y no discriminación es jus cogens, puesto que sobre él descansa todo el andamiaje jurídico del orden público nacional e internacional y es un principio fundamental que permea todo ordenamiento jurídico. Por ello, es un principio imperativo del derecho internacional general.



Bajo estos parámetros generales, encontramos que en la Constitución Nacional se establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, el cual deberá garantizar a toda la población el acceso al sistema y la prestación del servicio, mediante la organización y dirección, teniendo en cuenta las condiciones socio-económicas de la población.

Además del desarrollo constitucional del tema, la seguridad social en salud se encuentra reglamentada en la Ley 100 de 1993, la cual determina todo lo referente al acceso al sistema, la prestación del servicio, la cobertura y demás aspectos relacionados con la forma de garantizar los derechos a la salud, la vida y la seguridad social de los ciudadanos.

Ahora bien, basándose en el principio de solidaridad y con la intención de asegurar la prestación del servicio de salud en sus aspectos más relevantes y básicos a toda la población, se creó el Plan Obligatorio de Salud (POS), encaminado a crear condiciones de acceso al sistema de todos los habitantes del territorio nacional, con capacidad de pago o sin ella, cobijando aspectos tales como la maternidad, enfermedad general, promoción, prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación de todas las patologías.

Desde esa óptica, la prestación del servicio de salud opera a través de dos (2) regímenes, los cuales se aplicarán dependiendo de la capacidad económica de la persona. El primero de ellos denominado contributivo, dirigido a aquel grupo de población perteneciente a la clase trabajadora o pensionada, con posibilidad de pago para realizar aportes periódicos tendientes a la financiación del sistema. El segundo, denominado subsidiado, por el contrario se dirige a todas las personas que por la escasez de recursos económicos se encuentran imposibilitadas para aportar las mencionadas sumas. Aún cuando el sistema se encuentre organizado de la forma mencionada, la finalidad de ambos regímenes es asegurar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), aunque como es lógico por su distinta naturaleza, se preste de diferente manera. A su vez, la legislación contempla la existencia de particulares vinculados, los cuales no pertenecen a ninguno de los regímenes precitados, pero a quienes se les debe ofrecer los servicios atendiendo a la gravedad u urgencia de sus necesidades. Esta última posibilidad es temporal, hasta tanto los regímenes contributivo y subsidiado alcancen cobertura universal.

De acuerdo a los anteriores lineamientos se deben establecer las principales particularidades de los dos regímenes en salud.

**2.2.1 Régimen contributivo.** Este régimen opera brindando la asistencia en salud mediante las Empresas Promotoras de Salud EPS, las cuales desde el momento en el que suscriben el contrato de afiliación con el usuario se encargan de hacer posible el cubrimiento de la población afiliada, mediante la prestación de los servicios incluidos dentro del POS-C.

La anterior afirmación indica que una vez iniciada la relación entre el usuario afiliado y la EPS, esta adquiere la obligación de prestarle y suministrarle todo lo necesario para que goce de una atención integral, es decir, el marco de su responsabilidad se circunscribe al contenido fijado por el Acuerdo 8 del Consejo Nacional de Seguridad Social, la Resolución 5261 de 1994 del Ministerio de Salud, para el POS (Plan Obligatorio de Salud).

Hay eventos, en los cuales la regla general planteada no es aplicable, pues se dan situaciones excepcionales que por su naturaleza impiden el desarrollo y ejecución normal del sistema. Es el caso en el que el afiliado padece alguna de las enfermedades denominadas catastróficas o ruinosas, llamadas así por su complejidad y porque para su atención requieren de un tratamiento de alto costo, las cuales se encuentran plasmadas en el Manual de Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En condiciones normales como ya se afirmó, la EPS se encuentra obligada con el afiliado a prestarle la atención contenida en el POS, para lo cual solo es necesario que el mismo se encuentre al día en el pago de los aportes, cosa distinta ocurre cuando se presentan situaciones excepcionales como las de enfermedades catastróficas, ya que para esos casos se han establecido una serie de condiciones de obligatorio cumplimiento por parte del usuario, para la realización del tratamiento por la EPS, tales como el cumplimiento de un mínimo de semanas cotizadas al sistema, todo esto con la finalidad de no excluir de la cobertura esas enfermedades.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 164 estipula: "El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al sistema podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso podrán exceder 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deberán haber sido pagadas en el último año. Para períodos mínimos de cotización, el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario, que se establecerá de acuerdo con la capacidad socioeconómica."

Lo anterior indica que en el evento en el cual el afiliado al sistema padezca de una enfermedad de las denominadas catastróficas, este deberá tener un mínimo de semanas cotizadas si pretende se le brinde la atención de la misma, pues si bien es cierto ha de protegerse su salud, también lo es que habrá de garantizarse la estabilidad y funcionamiento del sistema a través de la protección a las EPS., teniendo en cuenta el alto costo de los tratamientos que estas requieren.

Estas obligaciones se imponen en aras a mantener la naturaleza del Sistema de Seguridad Social en Salud, organizado de tal forma que con los recursos obtenidos con los pagos de uno de los regímenes se subsidie al otro, pues basándose en principios como el de solidaridad el ideal es lograr garantizar el mayor cubrimiento

del servicio de salud en toda la población, lo que sería imposible si los dineros necesarios para el desarrollo de tales fines se vieran afectados al imponerle a las Empresas Promotoras de Salud o al FOSYGA, la obligación de cubrir procedimientos de alto costo, estando el usuario en posibilidad de asumírselos.

Ahora, si el usuario además de padecer de una de las mencionadas enfermedades, no cuenta con el número de semanas de cotización que exige la ley, este deberá cancelar un porcentaje equivalente a la cantidad de semanas que le falte por cotizar, todo esto con la finalidad de asegurar el cubrimiento de tales dolencias y proteger lo referente al aspecto financiero de las Entidades Promotoras de Salud.

A pesar de lo anterior, se podría presentar un conflicto cuando el afiliado al sistema no ha cotizado el número de semanas requeridas y no posee los recursos necesarios para cancelar el porcentaje a su nombre, pues se hace necesario observar si este en realidad no cuenta con los recursos y si se encuentra en peligro su vida, ya que de ser así, nos encontraríamos frente a un caso donde los períodos mínimos de cotización no operan, debiendo el Estado actuar para proteger y garantizar el derecho a la salud.

En estos eventos, esto es, cuando el afiliado o beneficiario del servicio de salud perteneciente al régimen contributivo (del cual en principio se presume la capacidad de pago), no cuenta con los recursos necesarios y suficientes para sufragar el excedente equivalente al número de semanas que le faltan por cotizar a fin de obtener la atención requerida, el mismo legislador ha previsto cual es el camino a seguir, señalando que se debe acudir a una institución pública o privada con la cual el Estado tenga contrato, para lo cual debe demostrar que no tiene capacidad de pago. Situación ésta que debe ser informada por la E. P. S. a sus afiliados a fin de que observen el procedimiento adecuado y obtengan en forma pronta el servicio que necesitan.

En relación con este tema, la Sentencia C-112 de 1998, del Magistrado Ponente Dr. Carlos Gaviria Díaz, expresó:

*“... cuando el usuario del Plan Obligatorio de Salud del régimen contributivo, requiera atención médica por una enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y no cumpla con el período mínimo de cotización, debe ser atendido por la entidad de salud a la que esté afiliado, pero con la condición de que pague una suma determinada por los servicios prestados, que según la norma antes transcrita es "el porcentaje en semanas de cotización que le falten para completar los períodos mínimos contemplados" en ese mismo artículo. No se olvide que el usuario pertenece al régimen contributivo y, por tanto, se presume su capacidad de pago. Pero ¿qué ocurre cuando se presentan casos de urgencia?. En estos eventos, la misma ley 100/93 en su artículo 168, obliga a todas las entidades de salud de carácter público o privado, a prestar los servicios médicos correspondientes a todas las*

*personas independientemente de su capacidad de pago. El costo de estos servicios está a cargo del Fondo de Solidaridad y Garantía o de la Entidad Promotora de Salud a la que esté afiliado el usuario, respectivamente.*

*“(…)En síntesis, la exigencia de los períodos mínimos de cotización a que alude la norma impugnada, no es la regla general sino la excepción, pues éstos sólo pueden oponerse en los casos de enfermedades catalogadas de "alto costo". Tales períodos de carencia no se traducen en falta de atención médica, hospitalaria y quirúrgica por parte de la EPS a la que se encuentre afiliado el trabajador ya que éste recibirá los servicios siempre y cuando cancele una tarifa fijada por la ley. En los casos de urgencia o gravedad no existen períodos mínimos de cotización, pues como se expresó en párrafos anteriores, todas las entidades de salud, públicas y privadas, están obligadas a prestar los servicios de salud a quienes los soliciten, tengan o no capacidad de pago.” (Subrayadas fuera de texto).*

No obstante lo anterior, para el evento de que la entidad que realiza un diagnóstico lo haya efectuado por cuenta o en nombre de un usuario, esta cuenta con varias alternativas para obtener la atención a su tratamiento:

- a) Esperar que se cumpla el mínimo de semanas requerido,
- b) Cancelar el excedente del valor del tratamiento, equivalente al número de semanas que faltan por cotizar, ó
- c) Acudir a una institución pública o privada con la que el estado tenga contrato, a fin de obtener la atención, demostrando que no tiene capacidad de pago.

**2.2.2 Régimen subsidiado.** Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad; es subsidiada la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

La administración de recursos de este régimen se realiza a través de administradoras ARS<sup>8</sup>, mediante unidades de pago por capitación denominada UPC. Una vez vencido el plazo para efectuar la carnetización, la entidad territorial solo reconocerá al ARS los valores causados por concepto de UPS, a partir del momento en que el afiliado recibe su carné y sin perjuicio de que la persona reciba los servicios que requiere desde el momento mismo de la suscripción del contrato.

Debe entenderse que el subsidio constituye un pago fijo por un plan de servicios a los que tiene derecho una persona, tanto el pago como el plan se define

---

<sup>8</sup> Las ARS son personas jurídicas autorizadas por la Superintendencia de Salud para manejar los recursos destinados para el régimen subsidiado.

previamente. El pago se causa al momento de la afiliación al sistema, y este a su vez paga por el afiliado a la entidad promotora de salud que lo afilia el valor del paquete de los servicios preestablecidos. A través de este mecanismo, el subsidio sigue a la persona y no a la institución, siendo clave la libertad de selección de entidad administradora por parte del usuario.

El objetivo del régimen subsidiado de acuerdo con los principios rectores del sistema, equidad, obligatoriedad, protección integral, junto con sus características y al régimen de beneficios, consiste en lograr la cobertura universal de toda la población<sup>9</sup>. Esto implica entre otros aspectos que deberá existir una equiparación progresiva de los contenidos del plan obligatorio de salud subsidiado con el régimen contributivo

Con este mecanismo, el Estado pretende favorecer el ingreso al sistema de las personas con escasos recursos y en una situación de vulnerabilidad. Dentro de esta población tienen particular importancia algunos individuos que merecen especial consideración las cuales se enumeraran mas adelante.

## **2.3 SISTEMA DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DE PROGRAMAS SOCIALES –SISBEN**

**2.3.1 Funcionamiento del régimen subsidiado en salud.** El régimen subsidiado en salud comprende todo un proceso para su funcionamiento, cuyas etapas responsabilizan a cada actor del mismo, y también un compromiso de la ciudadanía para efectos de ejercer un control ciudadano a cada uno de esos actores en sus obligaciones dentro del régimen para su cabal funcionamiento.

**2.3.2 Identificación de beneficiarios (Focalización).** En las actuales circunstancias de Colombia, donde los excluidos de los beneficios del desarrollo son generalmente los más pobres, para llegar a la atención universal, es necesario acudir forzosamente al instrumento de la focalización, cuyo objetivo fundamental es el de asegurar que los beneficios de los programas sociales que se diseñen y ejecuten lleguen efectivamente a la población hacia la cual están dirigidos, constituyéndose así en una poderosa arma para la lucha contra la desigualdad, y para el mejoramiento de las condiciones de vida y de bienestar de toda la población.

Ahora bien, la focalización de los programas sociales y, por ende, del gasto social es una proyección clave y necesaria en el camino hacia la universalización de las coberturas en los programas de servicios sociales básicos, y en la medida en que se avanza hacia dicho principio, es preciso dar prioridad a las personas que están

---

<sup>9</sup> ley 715 del 2001, aplaza indefinidamente esta aspiración al determinar que a partir del 2004 del Sistema de Seguridad Social en Salud deberá recuperar la meta de lograr aseguramiento universal de la población

en condiciones de mayor pobreza con el fin de que los recursos disponibles generen el mayor impacto posible en términos de acceso y disfrute de los servicios sociales básicos, siendo que las necesidades fundamentales de buena parte de la población superan con creces la limitada disponibilidad de recursos.

De manera que la estrategia más adecuada y eficiente es la focalización que permite dar preferencia en el gasto a los grupos con mayor probabilidad de exclusión en el acceso a los servicios básicos, aspectos conceptuales que han tenido su mayor desarrollo y experiencia en el sector de la salud con la implantación del sistema general de seguridad social en salud y dentro de éste en el régimen subsidiado.

Desde este punto de vista, la focalización entraña una discriminación positiva en favor de los grupos de población más pobre y vulnerable, ya que permite avanzar con mayor eficacia hacia el logro de la equidad, pues implica que los subsidios lleguen a los más desheredados logrando vencer la barrera del pago que los excluía del servicio<sup>10</sup>. No hacer la priorización de los subsidios hacia los más necesitados, conlleva alejarse cada vez más de la universalización

Entonces, la aplicación de la estrategia de focalización de los programas sociales busca compensar las desigualdades iniciales y equiparar las oportunidades para el goce de los beneficios, instituyéndose en un importante medio de lucha contra la pobreza, para acercarse según los recursos lo permitan, a la universalización de los servicios.

En este orden, vemos que los preceptos de la Constitución Nacional están dirigidos a atender a esos sectores poblacionales que venimos refiriendo para contrarrestar la inequidad, por ello, el propósito de cualquier política es, naturalmente lograr la cobertura universal con el convencimiento de que en Colombia solo se logrará si se da prioridad a los más débiles. La actual coyuntura política, económica y social del país, constituye, por sí misma, una poderosa y adicional razón para impulsar y consolidar aun más las políticas focalizadas que dan preferencia a los más desprotegidos.

En la práctica, la focalización ha logrado una mejor y más eficaz ejecución del gasto público social, lo que se refleja en su evidente impacto redistributivo, así, se demuestra en el incremento de cobertura y las mejoras percibidas por los usuarios en las condiciones de acceso a los servicios.

Dicha política de focalización individual se materializa mediante el denominado Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), a través del cual las entidades territoriales pueden determinar las personas que

---

<sup>10</sup> El acuerdo 244 en su artículo 7, define los criterios de priorización para la asignación de subsidios

serán beneficiarias de los programas sociales dirigidos a la población más pobre y vulnerable, pues permite la identificación, clasificación y selección precisa y ordenada de las familias de los potenciales beneficiarios de los programas objeto de gasto social, para ser utilizado por la Nación, los Departamentos, Distritos y Municipios del país de manera unificada.

De esta manera se obtendrá una mayor equidad en la asignación de subsidios frente a las restricciones presupuestales cada vez mayores, si se efectúa mediante la utilización del instrumento SISBEN, que establece una escala en la cual cada familia o individuo obtiene un puntaje, y dependiendo de los objetivos y recursos disponibles del programa social específico permite determinar qué familias y personas partiendo de los más pobres merecen atención prioritaria, habida cuenta que el SISBEN es básicamente un proveedor de información, la cual debe ser tomada para efectos de política y ejecución de programas, como orientadora de las decisiones que deban adoptarse a la luz de los objetivos que se persigan. Cada sector y programa que se sirva del instrumento debe establecer con claridad sus propósitos y por ende, la regulación que para el efecto requiere, de suerte que con la información que le provea el instrumento pueda llegar a la población hacia la cual está dirigida, conforme a sus objetivos y disponibilidad de recursos.

Hay que tener claro que el SISBEN, es un instrumento del cual se sirven la política y los programas sociales, esta dispuesta para identificar y discriminar pobreza estructural, pues recoge información sobre múltiples características de las personas, los hogares y las viviendas. Esta información le permite al alcalde construir los perfiles de pobreza de su municipio y utilizarlos como herramienta de planificación de desarrollo sectorial, local, conforme a la información sobre las necesidades más apremiantes en su comunidad y en consecuencia, estructurar sus planes de desarrollo. Luego entonces, debe desligarse los conceptos de RÉGIMEN SUBSIDIADO y SISBEN, y entender que este último es solo un instrumento que permite medir pobreza, pero es ante todo un índice de estándar de vida que hace direccionar esos programas específicos de carácter social a cubrir determinados grupos de personas para solucionar y atender problemas de carácter coyuntural y de esta manera puedan acceder a beneficios directos de políticas sociales y entre ellos precisamente se encuentra la salud subsidiada, de la que podrá gozar aquella población desprotegida y vulnerable.

En este orden de ideas, la encuesta SISBEN será aplicada a todas las personas y familias quienes serán calificadas con iguales parámetros y con un determinado puntaje recibirán los beneficios del programa social requerido de acuerdo a sus objetivos particulares. Es equitativa porque dada la identificación y el ordenamiento que el instrumento hace de los individuos y familias, de mayor a menor pobreza, permite que los beneficios de los programas lleguen primero a los más pobres entre los pobres, conforme al monto de recursos disponibles puede elegir hasta qué puntaje quiere atender con preferencia.

Después de todo, no podemos desconocer que la aplicación administrativa de la focalización entraña riesgos por la posibilidad existente en los hogares de distorsionar la información para obtener mayores beneficios de los que les corresponderían según sus características socioeconómicas, o de ocultarla para evitar el estigma de la pobreza. Su administración y ejecución genera costos y se encuentran problemas de sostenibilidad política ante la reacción de los menos pobres. Aún así, y por supuesto minimizando los riesgos, es necesario aplicar estrategias de focalización por imperativo normativo, por racionalidad económica y por necesidad ética, pero con la necesidad de tomar medidas de diferente índole para aminorar los riesgos.

En conclusión, tenemos al El SISBEN como una herramienta básica para facilitar el diagnóstico socioeconómico preciso de porcentajes elevados de la población, de apoyo para la elaboración de planes de desarrollo social del municipio, de programas y proyectos sectoriales concretos, orientados a las familias y personas de menores recursos, y la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, medida por un indicador resumen de calidad de vida.

En este contexto, lo primero que debe hacer el municipio como responsabilidad suya, es identificar a los posibles beneficiarios de los programas sociales en salud, mediante la aplicación de la encuesta SISBEN, en los sectores de su población considerados mas vulnerable de acuerdo a estudios de calidad de vida y satisfacción de necesidades que tenga la oficina de planeación correspondiente. Para identificar los beneficiarios del sistema o régimen subsidiado de salud se deben tener en cuenta, la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia, situación sanitaria y geográfica de su vivienda, así, como características socio-demográficas importantes tales como mujer cabeza de familia, mujer embarazada, en puerperio y/o lactancia, niños menores de un año, discapacitados, campesinos, indígenas, etc, es decir, población vulnerable.

Por consiguiente, la identificación de beneficiarios o posibles usuarios es una responsabilidad que corresponde al jefe del ente territorial, como alcalde, cuya función la puede delegar en el secretario de salud, consistente en la aplicación de la encuesta que contiene el SISBEN en los sectores mas vulnerables de su población.

**2.3.3 Priorización.** Una vez hecha la identificación de los posibles usuarios del régimen subsidiado en salud, se pasa a un proceso denominado priorización cuya responsabilidad es también del jefe del ente territorial.

Como los recursos de que se compone el sistema son restringidos y escasos, los cupos que puede pagar el estado por subsidios a la demanda o por capitación o por persona son por ende limitados, por ello la ley 100 de 1993 dio principal



importancia a las madres comunitarias, periodo de lactancia, cabeza de familia, los niños menores, los mayores de 65 años, los discapacitados, los indígenas y aquellas personas nombradas por la ley como prioritarias <sup>11</sup> . Con base en ese mecanismo podremos saber quienes son preferencia para el municipio y si existe población restante ellas quedarán en fila para que a medida que se optimicen los recursos se haga ampliación de cobertura. El jefe del ente territorial deberá por medio de su dirección de salud respetar el orden de las personas para que ingresen las quedaron por fuera.

## 2.4 MECANISMOS JURÍDICOS PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

El derecho a la salud se encuentra desde el punto de vista teórico, ubicado en el conglomerado denominado de derechos de segunda generación o derechos económicos, sociales y culturales y tiene como condición indispensable para hacerlo operativo, la existencia de un Estado que garantice el desarrollo de una serie de instituciones, normas y procedimientos que los hagan posible, en consecuencia, se han dispuesto diversos mecanismos jurídicos de los que puede hacer uso la ciudadanía en orden a presentar las reclamaciones de sus derechos vulnerados en materia de salud, en aras a que el Estado reconozca, proteja y garantice este derecho en sus distintas acepciones.

Con el fin de examinar las acciones disponibles para la protección del derecho a la salud en sus diferentes enfoques, como derecho fundamental, como derecho asistencial y como derecho colectivo, existen variados tipos de mecanismos:

En este orden de ideas, es conveniente conocer de manera somera las acciones que permiten activar el pleno reconocimiento del conjunto de derechos fundamentales desde lo económico, social y cultural, entre ellas tenemos: la **Acción Pública de Inexequibilidad**, Art. 241 C.N, cuyo fin es excluir del ordenamiento jurídico una norma determinada, dictada bajo ciertos parámetros excepcionales, por encontrarse incompatible con la Constitución Política; **Acción Pública de Nulidad**, Art 84 C.C.A, mediante la cual se excluye los actos administrativos contrarios al orden jurídico; **Acción de Tutela** Art 86 C.N,<sup>12</sup> mecanismo de protección judicial de carácter subsidiario, mediante el cual se

---

<sup>11</sup> . La ley expresa de igual modo posiciones que buscan dar prioridad en la afiliación a personas de segmentos particulares vulnerables y posiblemente también los intereses de determinados grupos de presión. Tendrán particular importancia dentro de este grupo, personas tales como madre durante el embarazo, parto, posparto, y periodo de lactancia, las madres comunitarias, las madres cabezas de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular los enfermos de hansen, las personas mayores de sesenta y cinco años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago.

<sup>12</sup> Decreto 2591 de 1991, Decreto 306 de 1992 y 1382 del 2000.

protegen derechos constitucionales contra acciones u omisiones de las autoridades o de particulares. Aun cuando en principio solo procede para la protección de derechos fundamentales, la jurisprudencia de la Corte Constitucional la ha extendido para proteger ciertos derechos sociales en conexidad con derechos fundamentales; **Derecho de Petición**, Art 23 C.N, <sup>13</sup>garantiza el derecho a toda persona de presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución, **Acción de Cumplimiento**<sup>14</sup>, Art. 87 C.N, permite que una persona acuda ante juez administrativo con el fin de hacer efectivo el cumplimiento de una ley o acto administrativo, cuando un funcionario renuente se niegue ha acatarlo; **Acción Popular**, Art 88 C.N, <sup>15</sup>mecanismo judicial, previsto para la protección de derechos colectivos, mediante el cual se puede evitar un riesgo o daño contingente o eventual a un derecho colectivo, hacer cesar un peligro o restituir las cosas a un estado anterior (Ver glosario).

---

<sup>13</sup> Fuente Legal Decreto 01 de 1984, artículos del 5 al 26, modificado por la ley 57 de 1985

<sup>14</sup> Tomado de la Serie Red Nacional de Promotores, Protección de los Derechos Humanos, Mecanismos Nacionales – Defensoría del Pueblo –Bogota 2001.

<sup>15</sup> Fundamento legal Ley 472 de 1998.

### **3. MOVIMIENTO FINANCIERO DEL SISTEMA**

#### **3.1 FLUJO DE RECURSOS**

El Estado Social de Derecho prescrito en la Constitución Política de Colombia ubica al ser humano en el centro del orden jurídico y tiene como fin primordial preservar y asegurar valores como la vida, la integridad personal y la igualdad dentro de un sistema económico y social justo. Su estructura se erige sobre bases de solidaridad, dignidad y equidad. Dentro de ese contexto toman forma la Ley de Salud (Ley 100 de 1993) y el “Sistema de Seguridad Social Integral”, definido éste como un instrumento institucional y normativo dispuesto para que la comunidad pueda gozar de una real calidad de vida, con base en planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para brindar cobertura integral a las necesidades de salud de los habitantes del territorio nacional.

El Sistema de Seguridad Social Integral tiene el propósito de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y de la comunidad para así sustentar una calidad de vida acorde con la dignidad humana, así entonces la ley previó un mecanismo de financiación del esquema de salud y seguridad social en Colombia, con la orientación programática de brindar cubrimiento total a la población.

La medición financiera y de cobertura requiere de un soporte financiero sólido que facilite su extensión a sectores que nunca antes habían tenido acceso al Régimen de Salud, como fórmula permanente de aseguramiento. En consecuencia, se implementaron instrumentos dispuestos para suplir la carencia de capacidad de pago de la población más pobre y vulnerable, incapaz de contribuir por la atención de los servicios de salud. Para suplir las necesidades anotadas se creó el uso del subsidio, como expresión niveladora, para equilibrar desigualdades y lograr así una medida general de dignidad humana. El subsidio, en esencia, es una manifestación real y objetiva de la acción afirmativa del Estado.

Las fuentes de recursos que hacen posible el otorgamiento del subsidio como elemento consolidador del equilibrio social, están consignadas en normas de orden público económico que les imprimen una destinación específica y prioritaria para impedir su desviación. En estas materias el ordenamiento asume un tenor sancionatorio, al señalar consecuencias, incluso de índole penal, a toda conducta encaminada a impedir la correcta asignación y transferencia de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud, puesto que su desvío o inmovilización contribuyen a la desarticulación de uno de los cometidos principales del Estado y, específicamente, del Sistema de Seguridad Social Integral en su vertiente de la Salud.

En conclusión, la estructura financiera del Régimen Subsidiado supone que los partícipes del mismo cumplan oportunamente la tarea que les corresponde en materia de disposición y entrega de recursos a los niveles complementarios de gestión, pero, además, que lo hagan en los montos preestablecidos y con la destinación específica de cada caso, entonces analizar la proveniencia y dinámica de los recursos de los cuales se nutre y se financia el régimen subsidiado en salud.

Siguiendo ese derrotero, la Constitución de 1991 modificada por el Acto Legislativo 01 de 2001, en sus artículos 356 y 357 al hablar de la distribución de los recursos de la nación, señala que estos se destinarán a la financiación de los servicios a su cargo, dándole prioridad al servicio de la salud y de la educación, garantizando la prestación de los servicios y la ampliación de cobertura.

De esa manera, teniendo en cuenta los principios de solidaridad, complementariedad y subsidiariedad, la nación podrá concurrir a la financiación de los gastos en los servicios sean de competencia de los entes territoriales. Los criterios de distribución que deben tenerse en cuenta al asignarse recursos para la salud priorizan la población atendida y por atender, reparto entre población urbana y rural, eficiencia administrativa y fiscal, y equidad.

Así, los recursos provienen de las siguientes fuentes de financiación:

**3.1.1 Sistema General de Participaciones (SGP):** Creado por la Ley 715 de 2001<sup>16</sup>, el cual entró a reemplazar lo que antes se llamaba situado fiscal e ingresos corrientes de la nación, contenidos en la ley 60 de 1993. Está constituido por los montos que la nación transfiere a las entidades territoriales, para la financiación de los servicios especificados en la misma y que son de competencia de los entes.; estos servicios son:

1. Una participación con destinación específica para educación, correspondiente al cincuenta y ocho punto cinco por ciento (58.5%),
2. Una participación con destinación específica para salud, correspondiente al veinticuatro punto cinco por ciento (24.5 %), y
3. Una participación de propósito general que incluye los recursos para agua potable y saneamiento básico correspondiente al Diecisiete por ciento (17.0%).

Además el Sistema General de Participaciones, en el agregado para salud, se destina a financiar los gastos del servicio en los siguientes componentes:

---

<sup>16</sup> La ley 715 del 2001 que modifico la ley 60 de 1993 en el tema de las transferencias y recursos para sectores sociales.

**Subsidios de continuidad a la demanda;** Los recursos para este componente son aquellos que gira el Estado para vincular a las personas más pobres y vulnerables del país al sistema de seguridad social en salud mediante el pago por cada una de ellas de una Unidad de Pago por Capitación subsidiada (UPC-s), que para este año (2005) está en \$ 203.886 pesos.

**Subsidios a la oferta o a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda;** Este componente se destina a los entes territoriales para que financien mediante las instituciones prestadoras la cobertura de riesgos en salud directamente a las personas pobres según el SISBEN, que no alcanzaron a ser cubiertas mediante subsidios a la demanda.

**El Plan de atención básica (PAB) del sistema de seguridad social en salud,** se constituye en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. El responsable en cada municipio de las acciones del Plan de Atención Básica PAB es el alcalde. Determinándose sus componentes en:

1. **Promoción de la Salud:** Se concibe como un conjunto de acciones eminentemente intersectoriales y de movilización social para alcanzar más allá de la ausencia de la enfermedad mejores condiciones de vida de las comunidades.
2. **Prevención de la Enfermedad:** Actividades e intervenciones y procedimientos que se realizan para evitar que las enfermedades aparezcan, se prologuen, ocasionen daños o generen secuelas evitables
3. **Vigilancia en Salud Pública:** Actividades orientadas a la identificación, seguimiento y control de los principales de riesgo biológico de comportamiento y del ambiente, así como la observación y análisis de los eventos de salud que ellos ocasionan.
4. **Gestión:** Es la responsabilidad que tienen los municipios y sus representantes en la ejecución de actividades y recursos del Plan de Atención Básica, busca una administración eficiente de los recursos financieros, técnicos, tecnológicos y de talento humano. Así como también ejercer vigilancia, control y evaluación de las actividades propuestas en los Planes Operativos Anuales

Las Metas anuales en salud pública son fijadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de la Protección Social, quienes a su vez definen cuales son prioritarias.

**Ampliación para subsidios a la demanda:** Los recursos con que cuenta el Estado para acercarse cada vez más a la universalidad que inspira todo el sistema, es decir, para ampliación de subsidios a la demanda para los más pobres del país, son producto del crecimiento adicional a la inflación del Sistema General de Participaciones en Salud, aplicando el criterio de equidad, entendido como un indicador que pondera el déficit de cobertura de la entidad territorial y su proporción de población por atender a nivel nacional.

La ampliación de cobertura de la población pobre mediante subsidios a la demanda se financia también con recursos propios de las entidades territoriales de libre destinación, específica para salud o de capital, cuando en este último caso, se garantice su continuidad como mínimo por cinco (5) años.

Finalmente, los giros del Sistema General de Participaciones se deberán efectuar en los diez (10) primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia, a los fondos que para el efecto deben crear y organizar las entidades territoriales.

**3.1.2 Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA):** Es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social, fue creado por la Ley 100 de 1993 y manejado mediante encargo fiduciario, para la administración de los recursos en el sistema general de seguridad social en salud, sin personería jurídica ni planta de personal propia. La estructura del FOSYGA, tiene las siguientes subcuentas:

- De compensación interna para el régimen contributivo
- De solidaridad entre el régimen contributivo y subsidiado
- De promoción de la salud
- De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Los recursos del FOSYGA se manejan de manera independiente dentro de cada subcuenta y se destinaran exclusivamente a las finalidades consagradas en la ley. Los intereses y rendimientos financieros que produzca cada una de ellas se incorporarán a la respectiva subcuenta.

Las asignaciones que se hacen por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) –subcuenta de solidaridad- al régimen subsidiado, se destinan a financiar continuidad y cofinanciar con los entes territoriales ampliación de cobertura. Es importante resaltar en este punto, que la distribución de recursos en este aspecto la hace el Ministerio de la Protección Social mediante Resoluciones que se sujetan a las directrices del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

**Subcuenta de solidaridad:** Los recursos de esa Subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de la Cofinanciación de los Subsidios correspondientes.

**Cofinanciación régimen subsidiado:** Concurrencia de los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, una vez las Entidades Territoriales (Municipios, Departamentos y Distritos) han aplicado los recursos de ley en la financiación de la afiliación al Régimen Subsidiado<sup>17</sup>.

Finalmente en este aspecto, los criterios para las asignaciones son los mismos de equidad, población y eficiencia.

**3.1.3 Recursos Provenientes de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA):** Señalados en la Ley 643 de 2001, sobre rentas de juegos de suerte y azar, se giran también a cada departamento para salud. La distribución para los departamentos se hace con base en el nivel de participación de rifas, juegos y espectáculos.

**3.1.4 Recursos Provenientes de la Lotería de la Nueve Millonaria:** Estos recursos se giran para los departamentos socios de la lotería, los cuales son aquellos que al entrar en vigencia la Constitución de 1991 se erigían como Intendencias y Comisarías, es decir, Amazonas, Arauca, Casanare, Guainia, Guaviare, Putumayo, San Andrés, Vaupés, Vichada.

**3.1.5 . Recursos Propios de los Entes Territoriales:** Son para cofinanciar junto con la nación ampliación de cobertura, Atención de población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y Plan de Atención básica en salud. Son recursos que los entes destinan para salud pudiendo ser de libre destinación, de capital o de destinación específica para salud.

La ley exige que para el giro de los recursos mencionados, los montos asignados a los entes territoriales por intermedio de las direcciones seccionales, distritales y locales de salud al régimen de subsidios en salud, se manejarán como una cuenta especial aparte del resto de recursos dentro del respectivo fondo seccional, distrital y local de salud, y nunca harán unidad de caja con estos últimos, o lo que es lo mismo, con los recursos de salud no se podrá cancelar nada diferente a lo señalado por la ley para este sector<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Acuerdo 262 del 2004 del CNSSS

<sup>18</sup> [www.presidenciadelarepublica.gov.co](http://www.presidenciadelarepublica.gov.co) – Noviembre 2005

#### **4. PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS DE LA LEY 100 DE LA LEY 1993 SU PROGRESIVO DETERIORO**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley, que desde su consagración se pretendía que fueran los que guiaran el sistema y que tuvieran un desarrollo progresivo hasta su total consolidación, los mismos que hoy se encuentran paralizados y sin proyección, tales principios son:

**EFICACIA:** Entendido como la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles, para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en la forma adecuada, oportuna y suficiente, aspectos estos que son permanentemente trasgredidos debido a la insuficiente regulación estatal que impida las desviaciones de los flujos financieros, problemas que al parecer se ubican en las Empresas Promotoras de Salud que privilegian el rendimiento económico en perjuicio de la calidad de la atención y de un adecuado tratamiento.

**EQUIDAD:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud contempla la gradual provisión de servicios de salud a todos los habitantes del país, independientemente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población pobre y vulnerable. La cobertura universal se financia mediante los regímenes contributivo (aportes obrero-patronales) y subsidiado (subsidios a la demanda de origen fiscal y parafiscales de la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

En términos generales, la equidad en salud busca corregir las injusticias, ya sean socioeconómicas, de calidad de vida, o de acceso en la atención en salud, pero estos principios son vulnerados al establecer paquetes de servicios diferenciados para los usuarios de acuerdo con la capacidad de pago, sin contemplar las necesidades, condiciones específicas y diferencias materiales de los grupos poblacionales, sectores y territorios.

Desde este punto de vista, la focalización se ha convertido en un mecanismo de desigualdad e inequidad, en tanto define el acceso a servicios diferenciados y limitados con relación a otros; al tiempo que lejos de ser un mecanismo de inclusión positiva al identificar los grupos mas vulnerables y pobres, se ha convertido en una herramienta para facilitar el desmonte gradual de la responsabilidad del Estado, frente a la garantía del derecho para el conjunto de la población, acentuada aun mas en este periodo de gobierno, siendo que sus directrices se encaminan a implementar medidas que delimitan aun mas los criterios de focalización minimizando su responsabilidad frente a grupos desamparados.



Como factor determinante en la vulneración de la equidad aparece la distribución de los recursos financieros del Sistema. En este sentido, la Ley 715 modificó las reglas de destinación de recursos a los entes territoriales, reduciendo los del situado fiscal, al tiempo que amplía las funciones y responsabilidades de los entes territoriales y fortalece la lógica del subsidio a la demanda, sin tener en cuenta las condiciones específicas de pobreza o el contexto de los municipios, lo que se traduce en mayores recursos para los municipios que más capacidad económica ostentan y menores para los que menos poseen, manteniendo con ello la brecha de inequidad histórica.

**UNIVERSALIDAD:** Es la garantía de la protección para todas las personas sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida. En salud la cobertura universal se va logrando progresivamente por medio de la afiliación de los habitantes a los regímenes contributivo y subsidiado. La franja de población que inicialmente no está afiliada es denominada “Vinculada al Sistema”, y tiene en la transición cobertura de servicios de salud a través de la oferta pública existente y aquella privada contratada.

Muy distante de la perspectiva inicial, el crecimiento de la cobertura en salud en los últimos años, se ha estancado. La meta de cobertura universal del cien por ciento (100%) de colombianos para el año 2001 nunca se cumplió, por el contrario se abandonó. Existen multiplicidad de factores que contribuyen a que no se garanticen al acceso a la salud y la seguridad social de manera universal: en primer lugar, encontramos el aspecto de la afiliación, no existen los recursos suficientes para la ampliación de cobertura y por el contrario las reformas legales que conllevan al desmonte gradual de la obligación del estado a propender por la salud de los colombianos; Un segundo aspecto se contrae al uso de los servicios, el cual se limita por la frecuencia por la capacidad de pago de cuotas moderadoras, de copagos, o por la compra de medicamentos.

**SOLIDARIDAD:** Es la mutua ayuda de las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, es decir cada quien contribuirá con su capacidad de pago. Los recursos provenientes del erario público se destinarán siempre a los grupos de población más vulnerable. Principio que también se ve afectado por cuanto los altos índices de desempleo a nivel nacional e incrementado en nuestro Municipio no permiten que el régimen contributivo permita financiar a la población subsidiada.

**UNIDAD:** Es la articulación de las Políticas, Instituciones, Regímenes, Procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la Seguridad Social. Esto garantiza para el caso específico de la salud, uniformidad de criterio en materia de políticas de salud tanto para el sector público como para el privado; la dificultad que presenta este aspecto es la excesiva normatividad del sistema y los vacíos jurídicos que presentan al mismo tiempo.

**PARTICIPACIÓN SOCIAL:** El Sistema General de Seguridad Social en Salud fomenta y crea espacios para la participación ciudadana, en cuanto es beneficiaria del Sistema de Seguridad Social, en la organización, control, gestión, y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto, al respecto, es mínima la colaboración que existe de la ciudadanía en la vigilancia del buen funcionamiento del sistema.

**LIBRE ELECCIÓN:** Se consagra como un principio fundamental en la escogencia que tiene todo usuario de su ARS, para la prestación del servicio de salud. Este es uno de los principios rectores en la aplicación del régimen subsidiado y también uno de los que mayores problemas presentan ya que muchos de los actos fraudulentos en el traslado de usuarios desconocen y violan este principio.

**OBLIGATORIEDAD:** Se establece la obligación de afiliarse al El Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante una contribución obrero-patronal, con responsabilidad en la afiliación por parte de empleador. Por su parte, el Estado debe facilitar la afiliación de la población sin vínculo laboral o sin capacidad de pago. En ese contexto, la renuncia al ingreso del régimen contributivo que se viene dando a cambio de garantizar trabajo de manera común en el esquema de nuestras relaciones laborales no deja de ser al menos una ofensa contra el beneficiario o contra el trabajador. Muchas veces el trabajador renuncia hasta el reconocimiento de un accidente de trabajo o al impacto de una enfermedad bajo presiones generadas en la inestabilidad laboral o a cambio de incentivos relacionados con el no ausentismo del trabajador, esta es al menos una manifestación de ignominia que pisotea elementales derechos.

**DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA:** Entendido este como el conjunto de medidas políticas, administrativas y fiscales orientadas a fortalecer la autonomía regional y local. Exhibe una amplia gama de matices, desde la simple desconcentración del poder y de la autoridad hasta la devolución del poder de la nación a los municipios. Como resultado de la Constitución de 1991, de la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de la ley 715 2001, los entes territoriales asumieron nuevas competencias para lo cual se le destinan ciertos recursos con destinación específica, en consecuencia a partir de 1.993, la responsabilidad de los entes territoriales en materia de salud pública es mucho mayor y debe propender por el fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel regional y local con menores ingresos, además serán los responsables de la identificación de la población pobre, de la focalización de subsidios y de la contratación de la administración de estos recursos con entidades públicas y privadas. Este será el punto de partida para analizar mas adelante lo correspondiente al sistema de salud subsidiada en nuestro municipio y las competencias otorgadas.

### 4.3 ENTIDADES QUE CONFORMAN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA

**CONSEJO NACIONAL DE SALUD:** Entidad encargada de coordinar y reglamentar la prestación de los servicios de salud en el país. Define cuáles son los servicios que tienen derecho a recibir los afiliados al sistema, cuánto deben pagar de cotización y cuál es la suma que deben recibir las EPS por la atención de cada uno de ellos. El Consejo Nacional de Salud determina además que servicios cubre el régimen subsidiado de salud y cuáles son los criterios para incluir en él a las personas de escasos recursos. Las decisiones del Consejo son obligatorias y deben ser adoptadas por el Gobierno.

**SUPERINTENDENCIA DE SALUD:** Organismo encargado de vigilar a las entidades que prestan servicios de salud en el país. Ante la Superintendencia de Salud se pueden presentar quejas contra las entidades de salud por la mala atención de sus usuarios, por negar injustificadamente la afiliación a alguien que lo solicita, por cobrar preexistencias sin razón válida o por negar la atención de urgencias a una persona. Además se puede denunciar ante esta entidad a los empleadores que no inscriban a sus trabajadores al régimen de salud o no giren oportunamente los recursos que les corresponde pagar.

A la Superintendencia le corresponde además autorizar la constitución de nuevas EPS y expedirles certificado de funcionamiento, además de supervisar las tarifas que cobran y la calidad de su servicio.

**MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL:** Encargado de fijar, bajo la dirección del Presidente, las principales políticas del sector de la salud en Colombia. En especial, regula la actividad de las EPS, las IPS y todas las entidades encargadas de prestar servicios de salud, coordina la distribución de recursos a las entidades territoriales y maneja los programas básicos de prevención y fomento de la salud.

**INVIMA:** Entidad encargada de vigilar la calidad y salubridad de los alimentos y medicamentos que se comercializan en Colombia. Todos los productos que puedan afectar la salud de las personas, incluidos los elementos médico quirúrgicos, los productos odontológicos, naturales, homeopáticos, de aseo, higiene, limpieza y cosméticos, deben contar con una licencia o un registro sanitario expedido por el Invima.

**IPS:** Lo constituyen los hospitales, clínicas, centros médicos o profesionales de la salud que se encargan de prestar directamente la atención médica a los afiliados del sistema de salud.

Para prestar sus servicios a través del Plan Obligatorio de Salud, deben celebrar contratos con las EPS, para que ellas se encarguen de asumir los costos de la atención médica de sus afiliados.

Las instituciones que prestan servicios de urgencias no pueden negar la atención a ninguna persona, así no esté afiliada a una EPS. En este caso, el costo de la atención lo asume el Fondo de Solidaridad y Garantía.

**ARS:** Se encargan de manejar los recursos destinados a la atención de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud, es decir, las personas que no tienen dinero suficiente para asumir por sí mismos la cotización al sistema.

Para realizar esta labor, deben celebrar un contrato con el Estado en el que se comprometen a ofrecer los servicios de salud a un sector de beneficiarios definido por el Gobierno. Por cada beneficiario inscrito en la ARS, la Entidad tiene derecho a recibir una suma definida por el Consejo Nacional de Salud, que según los cálculos de esa entidad es suficiente para atender, en promedio, a una persona en este régimen.

Además están facultadas para recaudar entre sus afiliados una parte de la cotización que de acuerdo con sus ingresos están en capacidad de pagar. Las ARS pueden prestar directamente los servicios de salud o celebrar contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), para que sean ellas las que se encarguen de la atención médica de los beneficiarios.

**EPS:** Son las entidades encargadas de coordinar la prestación de los servicios de salud a todos los afiliados al sistema. Todo cotizante tienen derecho a escoger libremente en qué EPS quiere afiliarse y puede trasladarse de una a otra si lo desea, siempre y cuando tanto él como sus beneficiarios hayan cumplido por lo menos un año y medio de afiliación en la entidad. El traslado solo se hará efectivo un mes después.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las responsables de recaudar las cotizaciones de sus afiliados, administrar los recursos que les corresponden y girar la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía.

La prestación de los servicios médicos pueden hacerla directamente o contratándola con profesionales externos o con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) como clínicas, hospitales y centros médicos.

**FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA:** Es una cuenta a través de la cual se manejan los recursos de la salud en Colombia. A ella llegan todos los recaudos provenientes de las cotizaciones de los afiliados al régimen de salud, y de ella salen, expresados en Unidades de Pago por Capitación (UPC), los recursos para cancelar a las EPS el valor de la atención de cada uno de sus usuarios. Este Fondo tiene además la función de contribuir a financiar con las entidades territoriales, la atención de los beneficiarios del régimen subsidiado de salud. Por esta razón, el uno por ciento de las cotizaciones hechas por los afiliados están destinados a una cuenta especial creada con ese fin.

## **5. REFORMA QUE SE PRETENDE IMPLANTAR AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Han sido múltiples las iniciativas parlamentarias tendientes a reformar el esquema de seguridad social en salud, que no han tenido éxito por cuanto han chocado con intereses de variada índole, tanto de congresistas como del gobierno de turno, amén de las presiones de los sectores privados que manejan nacionalmente el sistema y que no han permitido el desmonte de privilegios consolidados a través de más de diez años de vigencia de aplicación del mismo. Una de tantas iniciativas se rescata en esta última legislatura, se trata pues del proyecto de Ley 052, con el que se procura, por primera vez desde la expedición de la célebre Ley 100 en 1993, reformar el sistema general de seguridad social en salud.

El proyecto en discusión busca entre otras cosas, limitar la intermediación financiera en la salud, que es donde se queda el grueso de los recursos del sector y en torno de la cual se han montado toda suerte de negocios, en desmedro de la calidad de servicios y en perjuicio notorio de la amplia comunidad que acude a recibir el servicio público de la salud.

El proyecto 052 busca reordenar el sistema de salud con el criterio de que cumpla su misión de servicio público esencial, de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección y control del Estado, en lugar de ser manejado como un negocio. Con este fin, propicia un equilibrio entre los aseguradores (EPS), prestadores (IPS), financiadores y vigiladores, y fortalece las funciones del Ministerio de la Protección Social y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, lo que al menos constituye un avance que puede permitir mejoramiento del servicio, siempre y cuando el Estado no delegue las funciones de vigilancia y control para que los mismos tiendan a mejorar en beneficio de la sociedad.

Una de las disposiciones centrales del proyecto limita la llamada 'integración vertical', fenómeno que permite a las EPS y las ARS crear sus propias IPS o instituciones prestadoras de servicios de salud. Dicha integración aumenta el poder dominante del sector asegurador en perjuicio de los hospitales y clínicas independientes, tanto públicos como privados, por lo cual se propone limitarla al 30 por ciento de los servicios.

A juicio de la Academia Nacional de Medicina, que ha tomado parte muy activa en la discusión del tema, el proyecto no corrige algunos defectos de la Ley 100 que ha señalado el cuerpo médico, como el de generar la pérdida de autonomía en la toma de decisiones clínicas y la carencia de programas de capacitación e investigación para los profesionales de la salud. Sin embargo, la Academia considera que el texto sometido al Senado representa un paso adelante en el camino de mejorar la eficiencia del sistema y el uso adecuado de los recursos que maneja.

La nueva reforma también contribuirá a ampliar la cobertura y a obtener el máximo beneficio para los pacientes, incluyendo a los mal llamados 'vinculados' (o sea los no asegurados), porque, en el balance de la salud, el país sigue con saldo en rojo. Así lo advirtió recientemente la misma Academia de Medicina al mencionar algunas patologías entre las que se destaca el dengue y algunas enfermedades transmisibles, y el notorio descenso de campañas preventivas de vacunación, que sin duda podrían terminar causando alarmas por cuanto se corre el riesgo de no poder controlar en un momento dado que se desencadene una propagación inesperada de las mismas.

Esto sin mencionar otras fallas, como la carencia de una infraestructura de información confiable que impida las dobles afiliaciones, sobre todo al régimen subsidiado; las denuncias recurrentes sobre corrupción; los recortes en los servicios del Seguro Social y la crisis general de los hospitales públicos, todo lo cual ha conducido a que la meta anunciada en 1993, según la cual todos los colombianos estarían cubiertos por el sistema en el año 2001, esté lejos de alcanzarse: la realidad demuestra que apenas un poco más de la mitad está amparada, sin que se avizore en el mediano plazo el cumplimiento de esas utópicas metas del ciento por ciento de cubrimiento.

Finalmente se considera que el proyecto 052 no es lo óptimo, pero sí mejorará el sistema en varios aspectos, particularmente en el regulatorio. No es de extrañar, por esto, que exista un fuerte lobby en su contra y que este haya encontrado acogida entre algunos parlamentarios. Lo que resulta inadmisibles es que, en lugar de que estos planteen abiertamente sus observaciones, entablando una discusión pública y abierta y convocando foros para enriquecer el debate en aras de mejorar el proyecto, pretenda su aprobación sin que el mismo se ventile abiertamente.

Contrario a lo expuesto por el gobierno y sus promotores, el prenombrado proyecto contiene una serie de irregularidades que más que aliviar o propender hacia un mejoramiento del sistema en salud, conlleva a intrincar los mecanismos tanto de manejo de recursos como de control de ejecución de los mismos, sin dejar de lado que el Estado termina despojado de unos deberes que le son suyos por naturaleza y estructura para atender el grueso de la población desamparada de nacionales. Es evidente la crisis que ha sufrido el sistema de salud en Colombia a raíz de la implementación de la ley 100, que ha permitido generar un sin número de dificultades que apenas de después de 12 años de su aplicación se han detectado a plenitud, siendo necesario la presentación de sendos proyectos de reforma destacándose el número 33, 31, 52 y 19. El gobierno nacional presentó este proyecto sin atender las causas esenciales del conflicto, al contrario tiene la tendencia a profundizar el mismo en la pretensión de reorganizar el régimen subsidiado mediante un esquema financiero centralista, en desconocimiento del papel de Estado en todos sus niveles, Nacional Departamental y Municipal.

Así entonces, la transformación del sistema de subsidio de oferta a la demanda con el consecuente debilitamiento de los hospitales públicos, la fijación de un plazo para su reestructuración o liquidación, en fin, la agudización del modelo de aseguramiento de la salud dándole un tratamiento eminentemente comercial y mercantil. De lo anterior, son innumerales los conflictos que acaecen varios hospitales de distintos departamentos que han colapsado en su funcionamiento encontrándose ad- portas de un cierre sin que encuentren lenitivos importantes por parte del gobierno para su alivio financiero, laboral y funcionamiento.

Conviene aproximarnos a determinar los alcancen del proyecto que venimos analizando, el que propone disminuir competencias de departamentos, municipios y distritos, creando un nuevo fondo financiero a nivel nacional que se llamaría FONDO TERRITORIAL COLOMBIA PARA LA SALUD, "FOCOS", que contratara directamente con las empresas promotoras de salud la administración del régimen subsidiado incluyendo las acciones de promoción y prevención. Se advierte que las entidades territoriales serán prácticamente centros de información, ya que la función de los entes departamentales se limitara a organizar y administrar el registro especial de redes de servicio o sea limitadamente a manejar la información concerniente a los organismos bajo su jurisdicción promocionándola a los interesados. Esa es una potestad que peligrosamente delega el Estado trasladando competencia de manejo y desmontando responsabilidades.

Por su parte los municipio y distritos se encargaran de presupuestar y ejecutar sin situación de fondos los recursos que les corresponde para asegurar a la población bajo su jurisdicción al nuevo régimen subsidiado, seleccionarla, publicar la información y remitir los listados oportunamente al nuevo fondo financiero, que termina siendo el poderoso centro mentor del nuevo esquema en una concentración inaudita de poder y de recursos.

Se pretende entonces consolidar los grandes monopolios de la salud que como SALUCOOP se llega a fortalecer como la empresa mas grade del país, teniendo en cuenta que recauda recursos de régimen subsidiado y subcontrato los servicios consigo misma, ósea, que todo queda en familia, pero que esa situación se presenta con todas las instituciones que de ese estilo prestan un servicio de salud en Colombia. Con la creación de este fondo FOCOS, que administrara mediante fiducia, los recursos destinados a la financiación del nuevo régimen subsidiado se pretende crear otro fondo adicional al de solidaridad y garantía y Fosyga (existente actualmente). Este fondo no tendrá injerencia en la Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, instancia orientadora del sistema ni de la entidades territoriales lo que determinará en un divorcio absoluto del manejo de los recursos y las definiciones de política publica, se advierte entonces, que por un lado van los propósitos y que por otro van los recursos económicos, situación que en la practica se traduce en que la política publica oficial queda desarmada. El foco recaudará la totalidad de los recursos destinados al régimen subsidiado, celebrará los contratos con las EPS y además efectuará los pagos correspondientes.

Al restarle al Municipio la administración de los recursos del régimen subsidiado se le quita la responsabilidad que le compete al Estado en la atención de la población más pobre y vulnerable, dejando en manos del fondo financiero una fiducia y las grandes empresas aseguradoras. Todo ello en detrimento de que efectivamente de la función básica de planeación, implementación, y regulación de los programas públicos, privando al Estado de su compromiso de garantía del derecho a la salud a través del debilitamiento absoluto de la institucionalidad pública que hacia el futuro se tornara irreparable. De esta manera no podrá ser otra la conclusión sino que la ejecución de políticas publicas para el Estado en todos sus niveles, pero particularmente a nivel municipal no será mínima sino inexistente.

En este aspecto, conviene resaltar que el margen de actuación del municipio para implementar políticas publicas adecuadas a su realidad local y a las necesidades de sus habitantes que en nuestro país son múltiple y variadas gracias a la diversidad étnico cultural que nos caracteriza será totalmente restringido, impidiéndoles a estos entes organizar y controlar a los prestadores de servicios bajo su jurisdicción, dejándole a las fuerzas del mercado la coordinación general del sector como si eso fuera conveniente respecto a la salud como derecho humano y bien publico universal inherente a la dignidad humana.

El deterioro del esquema obedece al concepto mercantil - curativa, creado con base en el aseguramiento y a su posterior desarrollo, centrado en lo financiero y administrativo, que se ha ido adecuando como resultante de un sin numero de decretos reglamentarios que fragmentan aun mas las responsabilidades de los autores así como los procedimientos, los programas y los resultados que se pretenden obtener. Ahora esa fragmentación se profundiza ya no en cabeza de autores públicos y privados sino en grandes empresas que difícilmente serán controladas por el sector publico, por cuanto este quedara sin manejo de los recursos económicos ya que estos están en manos del fondo y de la fiducia que maneja el millonario fondo.

Debe tenerse en cuenta que al igual que la formulación contemplada en la ley 100 de 1993 la salud publica se reduce a un enunciado que no incluye todo el sistema, ni lo atraviesa de manera transversal como debería ser, como una política publica masiva de acceso universal que esta realmente preocupada por las condiciones de vida y bienestar de la población, poco o nada a cambiado en comparación con los esquemas de antes de 1991, que si bien es cierto hicieron colapsar las instituciones de salud al menos se disponía la prospección de servicios a sectores importantes de la población que por su condición económica no tenia acceso a los servicios de salud y que si se compara con las estadísticas actuales los porcentajes aun siendo siguen siendo elevados en la falta de cobertura y de proyección del sistema.



## **6. LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA EN EL MUNICIPIO DE PASTO**

Así entonces, la intención de esta monografía, mas que hacer un análisis retrospectivo de cómo ha sido la implementación del nuevo esquema de salud publica en Pasto, pretende centrarse con atención en cual es la filosófica actual que enmarca las pretensiones de la administración presente, cual es su proyección y como se esta llevando a efecto la implementación del esquema de salud, advirtiendo en el las falencias que el sistema tiene y que deben ser corregidas para el mejoramiento del mismo.

Es Pasto el epicentro de la vida social, económica y cultural y política del Departamento de Nariño en articulada interrelación con el resto del país, por lo cual todas las acciones deben estar encaminadas al mejoramiento del nivel de vida de sus asociados, porque esa es la concepción de lo que se ha dado a llamar el desarrollo humano sostenible que se encuentra plasmado en el plan de desarrollo<sup>19</sup>. “pasto mejor 2004 – 2007.

No debe olvidarse, que dadas las políticas internacionales de apertura los territorios locales están obligados a posicionarse mejor frente a los mercados, que en materia de salud representan competencia y mejoramiento de calidad.

Debe tenerse en cuenta que para un mejor miramiento para la construcción del desarrollo humano de nuestro medio, deben aplicarse unos principios rectores que están determinados por acciones, proyectos programas y planes todos encaminados a garantizar el cumplimiento de los derechos humanos como elemento constitutivo de construcción de una sociedad igualitaria en toda su estructura,

El plan de desarrollo que ha esbozado el actual gobierno ha establecido la implementación de criterios de equidad y corresponsabilidad social, que se fundamentan en una política publica proyectada en lo social, que genere crecimiento buscando ante todo el mejoramiento de la calidad de vida de la población, con avances sustanciales en la inclusión social a partir de un eficiente desempeño económico al servicio del desarrollo de las comunidades

Estas estrategias e instrumentos pueden estar bien diseñados, pero para tener efectos se requiere que los programas, el ordenamiento institucional, la regulación, los procesos y procedimientos funcionen adecuadamente, en la misma dirección y en estrecha consonancia con ellos. El éxito de una política, programa, o instrumento no radica en la suma individual de logros positivos solo puede ser el

---

<sup>19</sup> Plan de Desarrollo Pasto Mejor 2004-2007.

resultado de una gestión articulada y eficiente del conjunto del sistema del cual Hace parte, en esto el Municipio de Pasto intenta ubicarse dentro de los parámetros nacionales establecidos no solo en materia de cobertura sino también en la consolidación del nuevo esquema de salud sin que lo hay logrado a plenitud.

Se puede afirmar que por las condiciones socioeconómicas del país y los preocupantes índices de pobreza y desigualdad prevalecientes, de lo cual no escapa el Municipio de San Juan de Pasto, cifras que en nuestra ciudad, se traducen en un fenómeno social con dimensiones políticas, económicas, sociales y éticas, que dan cuenta de profundos desequilibrios estructurales manifiestados en todos los ámbitos del individuo, la pobreza está asociada con la exclusión social, la exclusión política y otras formas de vulnerabilidad que se manifiestan en bajos niveles de nutrición, salud precaria, analfabetismo, bajos niveles de educación, condiciones precarias de vivienda, exclusión en el acceso a la tierra, al crédito, a la propiedad, a los mercados y a la información; para alivianar estas inequidades se hace imperativo que el Estado continúe impulsando y consolidando las políticas de focalización y la aplicación adecuada de los instrumentos que para tal efecto se han diseñado, de suerte que los beneficios de los programas sociales lleguen efectivamente a la población con mayores carencias. El desarrollo de la política de focalización ha mostrado su gran utilidad en la lucha contra la pobreza y la desigualdad, tal como lo demuestra la evidencia empírica al medir el cambio en los beneficiarios de los subsidios por niveles de ingreso, y será la única estrategia que conlleve a que esas barreras que hacen indigna la vida humana desaparezcan y paralelamente se satisfagan las necesidades básicas de subsistencia. .

El Municipio de Pasto, a través de la Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud le corresponde asegurar que a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago se les brinde el derecho al aseguramiento de su salud, con el cual accederá a unos servicios de salud eficiente y oportuna con los cuales se pueda garantizar su bienestar.

Nuestro Municipio mediante esfuerzos ingentes pretende que los programas sociales lleguen a toda la población pobre y vulnerable, o por lo menos aumentar considerablemente los índices de cobertura, por ende ha incrementado la aplicación de la encuesta SISBEN, atendiendo los lineamientos el Departamento Nacional de Planeación, los cuales son: establecer mecanismos técnicos, objetivos, equitativos y uniformes de selección de beneficiarios del gasto social para ser usado por la entidad territorial. En ese contexto, se ha logrado la elaboración de diagnósticos socioeconómicos precisos de la población pobre para apoyar los planes de desarrollo social municipal y el diseño y elaboración de programas y proyectos concretos, orientados a los sectores de menores recursos.

Igualmente ha contribuido al fortalecimiento institucional del Municipio, mediante la puesta en marcha y capacitación en un sistema moderno de información social que ha permitido facilitar la clasificación de los postulantes a programas sociales

de manera rápida, objetiva, uniforme, ordenada y equitativa, logrando así apoyar la coordinación interinstitucional municipal para mejorar el impacto del gasto social. En igual sentido se realizó una depuración de la base de datos del SISBEN con el fin de eliminar duplicidades y facilitar el control tanto municipal como de entidades que ejecutan programas sociales, posibilitando la concentración de recursos en los más pobres, sin que con ello se quiera decir que el sistema está optimizado en un ciento por ciento, porque subsisten falencias que en adelante las describiremos para su futura enmienda.

## **6.1 APROVECHAMIENTO DE LA DIVISIÓN GEOGRÁFICA DEL MUNICIPIO PARA LA FOCALIZACIÓN DE LA POBLACIÓN MÁS POBRE**

Para lograr que los programas que se diseñen en desarrollo de las políticas sociales del gobierno local lleguen efectivamente a la población objetivo, Pasto se encuentra dividido en doce (12) comunas que han sido aprovechadas para la focalización de familias o individuos que por sus precarias condiciones socioeconómicas requieren priorización para la asignación de subsidios, de esta manera se ha implementado el sistema con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la participación de la ciudadanía en el manejo de los asuntos públicos de carácter local. Con dicha división se aminoran costos frente a los beneficios obtenidos con la focalización por cuanto las políticas institucionales en el plano social alcanzan a la población necesitada. La segmentación se encuentra así<sup>20</sup>:

**COMUNA 1:** La conforman los barrios: San José Obrero, Las Américas, Marcos de la Rosa, El Portalito, Bomboná, San Agustín Centro, San José, Santiago, Los Dos Puentes, Avenida Santander.

**COMUNA 2:** Los Alamos, Bella Vista, Villa Lucía, Los Balcones, Atahualpa, San Miguel, Medardo Buchelli, Las Violetas, Las Lunas, Fátima, Salomón, El Recuerdo, Parque Bolívar Alhambra, El Olivo, Javeriano, Navarrete, El Prado, Avenida Colombia Normandía.

**COMUNA 3:** Casa Loma, La Esmeralda, El Ejido, Santa Bárbara. Mercedario, Villa Flor I, Guamués, Santa Catalina, Santa Mónica, José Antonio Galán, Caicedonia, Las Brisas, Los Pinos, Belisario Betancourth, Alejandría, Pie de Cuesta, Las Lajas, Arnulfo Guerrero, Popular, La Estrella, Rosal de Oriente, Villa Flor II y Las Mercedes.

**COMUNA 4:** Doce de Octubre I y II, La Habana, El Triunfo, La Victoria, Albergue del Sol, Villa Docente, El Porvenir, Miraflores I y II, Puerta del Sol, Lorenzo de Aldana, Praga, Alto del Campo, San Juan de los Pastos. La Paz, Laureano

---

<sup>20</sup> Registros que presenta el Plan Local de Salud - Pasto Mejor 2004 -2007

Gómez, Rincón Colonial, El Tejar, Betania, Santafé, Avenida Idema, Belén, Villa Olímpica, Chile, Sendoya, Bernal, Los Eliseos y Madrigal.

**COMUNA 5:** Altos de Chapalito, El Remanso, La Rosa, Chapal, Chapal II, Prados del Sur, La Vega, El Pilar, Las Lunas I y II, Ciudad Jardín, Villa del Río, San Martín, Santa Clara, El Progreso, Antonio Nariño, Emilio Botero I II y III, Cantarana, Venecia, La Minga, Chambú, María Isabel I y II, Madrigal, Potrerillo y Vivienda Cristiana.

**COMUNA 6:** Villa de los Ríos, Altamira, Tamasagra, Santa Isabel, Mijitayo, Sumatambo, Inem, Bachue, Agualongo, La Cruz, La Palma, Caicedo, Niza I, Niza II, Nueva Colombia, Granada, El Estadio, Cooperativa Popular Nariñense, Los Fundadores, San Sebastián, Quito López, San Carlos y San Miguel de Jongovito.

**COMUNA 7:** Rosales I, Rosales II, Santa María, Los Andes, Villa Campanela, Villa Vergel, Francisco de la Villota, El Bosque, La Primavera, Villa Sofía, El Edén, Capusigra, Castillos del Norte, Villa Aurora, Achalay, Las Acacias, El Rincón de la Aurora, La Aurora, San Felipe, San Ignacio, Los Hexágonos y Santa María.

**COMUNA 8:** Colón, San Diego, San Vicente, Panorámico, Jorge Giraldo, Bello Horizonte Gualcaloma, Sindamanoy, La Castellana, Panamericano, Arco Iris, La Cuesta, Vera- cruz, Mariluz I-II, Torres de Puvenza, Prados del Oeste, Colpatria, Las Margaritas, San Juan de Dios I etapa, II etapa, Villas de San Rafael, Los Frailejones, Altos de la Colina, Los Laureles, Quintas de San Pedro y Mira Valle.

**COMUNA 9:** Terrazas de Briceño, Villa Campestre, Conjunto Torobajo la victoria, Figueroa, Marsella, Universitario, Villa María, Terranova, El Recreo, Juan XXIII, Santa Rita, El Aljibe, Juanoy, Alto Juanoy, San Antonio de Juanoy, Los Sauces, Pinos del Norte, Pandiaco, Morasurco, El Polvorín, Manacá, Villa del Parque, El Mirador, El Refugio, La Colina, Camino Real, El Dorado, Santa Ana, José Ignacio Zarama, Castilla, Riviera, Palermo, Maridíaz, Los Nogales, Tequendama, Luís Brand, El Cerámico, Las Cuadras, Titán y Sañudo.

**COMUNA 10:** Destechados, Prados del Norte, Villa Nueva, Villas del Norte, Nuevo Horizonte, Villa Guerrero, El Futuro, Nueva Aranda, San Albano, Buenos Aires, Nuevo Sol, Ocho de Marzo, Quillotoco, Sol de Oriente, Villa del Rosario, Avenida Aranda, Libertad, Cementerio, Bella Vista, Niño Jesús de Praga, Loma del Carmen (Marquetalia), Termina sector peatonal 28, Carrera 27 A del Barrio Cementerio Avenida Oriental y Río Pasto.

**COMUNA 11:** Corazón de Jesús, Ciudad Real, Aquine I, II, III, Centenario, Villa Elena, Belalcázar, La Lomita, Los Alcázares, Favis, Rincón del Paraíso, Hospital Civil, El Calvario, El Corralito, Alameda el Común y Santa Matilde.

**COMUNA 12:** Intersección Vía Cujacal, Parque de Baviera, Villa Adriana María, Pucalpa I- II-III, Balcones del Este, Gualcalá, La Florida, La Carolina, Villa Recreo, Montserrat, Carlos Pizarro, El Manantial, San Diego Norte, Simón Bolívar, El Paraíso, María Paz, Sindagua, Fray Ezequiel Moreno Díaz, Alcázares, La Josefina y Sena.

De la población residente en estas comunas se encuentran adscritas en la actualidad al régimen subsidiado Ciento Doce Mil Setecientos Nueve Personas (112.709), de las cuales, Cuarenta y Cuatro Mil Doscientos Cinco (44.205) se encuentran dentro del subsidio total y Sesenta y Ocho Mil Quinientas Cuatro (68.504), hace parte del régimen de subsidio parcial.

Así mismo, aunado al anterior parámetro y con el fin de mejorar la prestación de los servicios y asegurar la comunidad afiliada sea la mas pobre entre los pobres, pues los recursos son limitados y restringidos, el municipio de Pasto también se encuentra dividida en once (11) corregimientos a saber: **BUESAQUILLO, CABRERA, CATAMBUCO, EL ENCANO, GENOY, GUALMATAN, JONGOVITO, LA CALDERA, LA LAGUNA, MAPACHICO, MOCONDINO, MORASURCO, OBONUCO, SANTA BÁRBARA.**

La población residente en los corregimientos citados, se adscriben al sistema subsidiado en salud en un total Ciento Sesenta y Seis Mil Trescientos Sesenta y Ocho personas (166.368), discriminados así: Ochenta y Seis Mil Cuatrocientos Cuarenta y Cinco (86.445) afiliados al sistema de subsidio total y Setenta y Nueve Mil Novecientos veintitrés personas (79.923) afiliados al subsidio parcial<sup>21</sup>.

Para atender las necesidades de salud de sus habitantes, el Municipio a diseñado infraestructura de servicios de acuerdo a su capacidad financiera, tratando que la distribución de la Red Municipal se enmarque en todo el contexto territorial de la capital, intentando dar cubrimiento geográfico con toda la proyección social que ello significa, priorizando los centros demográficos mas densos que por lo mismo necesitan de especiales consideraciones y tratamientos, esa es al menos una expectativa que los distintos gobiernos han tenido en cuenta, ya que las acciones de la Dirección de Salud deben ser ponderadas hacia esos sectores poblacionales que por lo general acogen sectores altamente deprimidos.

La Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud del Municipio de Pasto, cuenta con cuatro áreas con cubrimiento total de la zona urbana y rural, con apoyo en el SASE (Servicio de Apoyo al Sistema de Emergencias), representada en veinticinco (25) organismos de salud y un Hospital Local denominado El Civil de baja complejidad.

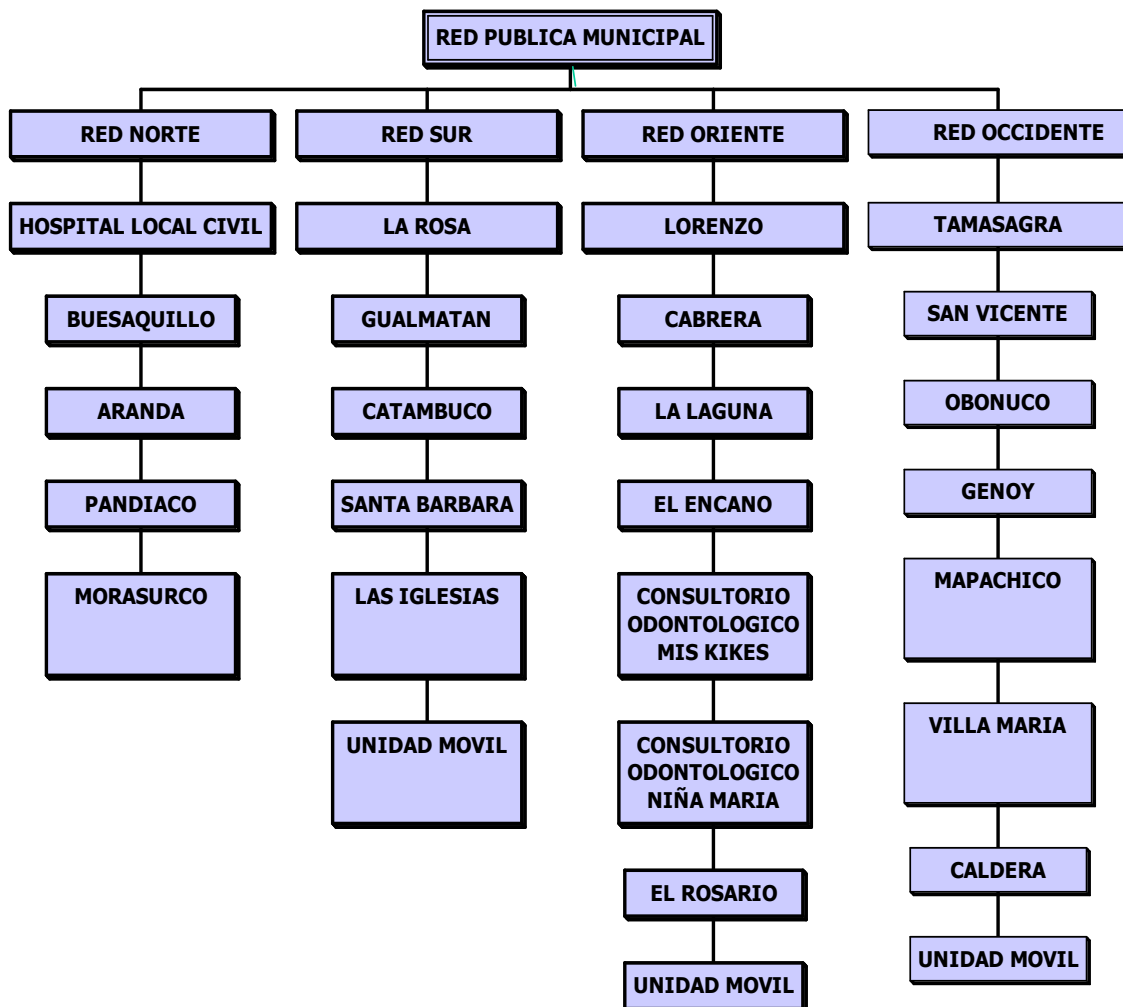
---

<sup>21</sup> Las coberturas fueron tomados de la base de datos de la Unidad Administrativa Especial de Salud del Municipio de Pasto – diciembre 2005.

Dentro del actual gobierno la Red Pública Municipal en su infraestructura ha sido adecuada en algunos centros de salud y se han dotado de equipos necesarios para la prestación de los servicios que en la actualidad se prestan. Sin embargo, Las instalaciones del Centro de Salud San Vicente tiene una infraestructura inadecuada de acuerdo al Decreto 2309 en condiciones mínimas de habilitación.

Entonces, vale la pena asomarse a detallar como esta estructurada la parte logística, administrativa y funcional del sistema en nuestro municipio, para lo cual acudiremos al diseño implementados por la Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud, que actualmente se encuentra en proceso de discusión para constituirse en ESE, cuyo objetivo es la autofinanciación, ya que deben competir con las demás instituciones publicas o privadas prestadoras de servicios para obtener contratos con las EPS. De esta manera financian su funcionamiento al recibir ingresos por la venta de servicios a EPS y a particulares.

**Cuadro 2. Red Pública Municipal**



De la distribución señalada, debe advertirse que son muchas las zonas del municipio que adolecen de la mediática atención de la Red, siendo necesario que el Gobierno Municipal extienda su presencia ampliando la red y los servicios en aras de evitarle a los usuarios las grandes distancias que tienen que recorrer hacia los sitios de concentración de la misma, amén de las dificultades que los funcionarios tienen para proyectar sus acometidas en las zonas de influencia de la Red, siendo por tanto una distribución insuficiente y poco funcional.

Estos aspectos negativos impiden o dificultan el avance en términos de logro del desarrollo social en un marco de equidad, mereciendo por lo mismo atención prioritaria de los diferentes actores de la vida pública municipal. Los problemas a que se ven enfrentados los usuarios del sistema son de muy variada índole y su solución exige análisis, diseño y aplicación de mecanismos de seguimiento y el montaje de un control permanente de calidad.

## **6.2 ENTIDADES CONTRATADAS POR EL MUNICIPIO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

La ley 715 en su artículo 44, le otorgó al municipio la competencia de **“Dirigir y controlar el Sector Salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el ámbito de su jurisdicción”** y le definió un conjunto de funciones relacionadas con la Dirección del Sistema, el Aseguramiento, la Prestación de Servicios y Acciones y Vigilancia en Salud Pública, en concordancia con el modelo general del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

De igual modo y de acuerdo con lo establecido en la ley, en el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud se definió el modelo de procesos y operaciones que en el nivel Local o municipal deben realizarse para contribuir al logro de los objetivos y productos del sistema en su conjunto.

La asignación de competencias y el modelado de sus procesos le da al municipio un papel preponderante en la conducción del desarrollo territorial en el campo de la salud, constituyéndolo en el integrador del “El conjunto de instancias y actores del orden municipal que se interrelacionan de manera coordinada en su territorio.

De acuerdo a la normatividad que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Municipio de Pasto mediante su Unidad Administrativa Especial en Seguridad Social en Salud adaptada en base a la estructura anterior de la Dirección Municipal Seccional de Salud, le corresponde garantizar la atención a la población mas pobre y desprotegida sin capacidad de pago, prestándole servicios de salud eficientes oportunos y adecuados con los cuales se pueda lograr su mejoramiento de vida.

Siguiendo estos lineamientos vemos como la cobertura en afiliación al Sistema Subsidiado en Salud de la población mas desamparada de nuestra ciudad, ha ido

en constante crecimiento, ello se puede deducir de las cifras de aseguramiento con las que finalizo el Gobierno del Dr, EDUARDO ALVARADO, quien al culminar su mandato consolido un total de Ciento Doce Mil Setenta y Ocho (112.078), personas afiliados al régimen subsidiado en salud, de la cuales Ochenta y Dos Mil Setenta y Ocho (82.078) corresponden a subsidio total y Treinta Mil (30.000) a subsidios parciales. En el año 2005 correspondiéndole el gobierno al Dr. RAÚL DELGADO GUERRERO, se avanza en coberturas y en desarrollo del principio de universalidad que se plasman un total de Ciento Sesenta y Siete Mil Doscientas Once personas (167.211), de las cuales Ochenta y Siete Mil Doscientas Once (87.211) pertenecen a subsidios totales y Ochenta Mil (80.000) a subsidios parciales. Esos datos registran sin duda alguna un incremento importante pero que no alcanzan los grados óptimos esperados.

Las proyecciones de afiliación establecidas en el Municipio, tienen su fundamento en los datos emitidos por el DANE en el año 2005, que determina que de un total de Cuatrocientos Treinta y Un Mil Ciento Cuarenta y uno (431.141) habitantes; Trescientos Ochenta y Siete Mil Cuatrocientos Veintitrés mil (387.423) corresponden al sector urbano; y Cuarenta y Tres Mil Setecientos Diecinueve Mil (43.719) al sector rural. Se encuentran afiliados al régimen contributivo un total de Ciento Cincuenta y Tres Mil Cuatrocientos Cinco (153.405) personas y un total de Ciento Sesenta y Seis Mil cuatrocientos Nueve (169.837) como beneficiarios del régimen subsidiado de los cuales Ochenta y Nueve Mil Ochocientos Treinta Y Siete (89.837) son afiliados mediante subsidios plenos y Ochenta Mil (80.000) mediante subsidios parciales. Su financiamiento viene dado en recursos asignados por el nivel central, recursos del esfuerzo propio Municipal, generados por la venta de servicios realizado por la hoy denominada Red prestadora de Salud de la UAESSS – Alcaldía de Pasto, y de recursos comprometidos por el ente Departamental que financian especialmente la continuidad de la afiliación al subsidio parcial de cincuenta mil (50.000) beneficiarios (Acuerdo 77 CNSSS).

En relación con los contratos de administración de recursos de régimen subsidiado mediante los cuales se ampara la afiliación y la de continuidad del servicio, están suscritos con cinco empresas aseguradoras de régimen subsidiado a saber: **EPS SALUD CÓNDOR S.A, EMSSANAR, ARS CONFAMILIAR DE NARIÑO, EPS INDÍGENA MALLAMAS Y CAPRECOM.** Con las anteriores entidades se ha prorrogado los contratos entre octubre del año 2005 hasta marzo del 2006, advirtiéndose que a la ejecución de los mismos se les deberá establecer un control, un monitoreo y una evaluación del sistema, así mismo se debe velar porque la organización y asignación de los recursos destinados al aseguramiento lleguen a su fin y de esta manera optimizar la administración y ejecución en la prestación del servicios de salud, ello se logra con la realización de las interventorías a los contratos realizados con cada una de las Administradoras del Régimen Subsidiado, hasta llegar a la etapa de liquidación de dichos contratos.



De otra parte, se considera que las condiciones actuales de gran presión social que se ejerce sobre la capital, hará necesario que el gobierno municipal asuma responsabilidades de acogimiento de población flotante por cuanto los efectos de conflicto armado desencadenado de manera notoria y generalizada en el Departamento del Putumayo, el fenómeno del narcotráfico que se ha centrado en la costa pacífica con un auge inaudito de grandes extensiones de plantaciones de coca en las zonas de LLORENTE, BARBACOAS y zonas rurales de SAMANIEGO, así como en los sectores de norte de NARIÑO y sur del CAUCA, aunado al nuevo fenómeno de la extensión de plantaciones de amapola en amplias zonas andinas del departamento, convierten a Pasto en un corredor vital para el ejercicio delictivo hacen que la capital un epicentro y receptáculo de grandes emigraciones de población carentes de servicios y sedientos de los mismos.

Lo anterior conlleva a que a finales del año inmediatamente anterior e inicio de la presente anualidad, el Municipio amplió su cobertura y acogió en su seno a Mil Quinientos Cincuenta y Dos Mil (1.552) desplazados y a Ciento Sesenta y Ocho (168) indígenas, a quienes por derecho a la igualdad y con un sentido de respeto a la condición humana, se les debe prestar el servicio público de la salud, en la modalidad de subsidios totales; no sin antes advertir que de continuarse con el fenómeno de descomposición social y de confrontación en nuestro Departamento y en las zonas aledañas la ciudad de Pasto, esta sufrirá como una grave calamidad de tipo social, política, económica y por ende deficientes servicios públicos de salud por cuanto miles de ciudadanos quedarán por fuera de las coberturas iniciales esperadas.

A pesar de lo anterior se puede decir que en la actual administración siguen avanzado los niveles de cobertura, así sea lentamente, quedando a la fecha un consolidado total de Ciento Sesenta y Nueve Mil Ochocientos Treinta y Siete (169.837) afiliados al régimen subsidiado, de los cuales Ochenta y Nueve Mil Ochocientos Treinta y Siete (89.837) se encuentran dentro de los subsidios totales y Ochenta Mil (80.000) en subsidios parciales.

Ahora bien, teniendo en cuenta que en nuestro Municipio actúan cinco Administradoras del Régimen Subsidiado, verifiquemos cual es la cobertura que al respecto maneja cada una de ellas así: **CAPRECOM** con un total de Novecientos Cincuenta y Cuatro (954) subsidios totales; **CONDOR** con un total de Noventa y Cinco Mil Quinientos Cincuenta y Tres (95.553) afiliados, de los cuales Treinta y Nueve Mil Seiscientos Treinta y Seis (39.636) corresponden a subsidios parciales y Cincuenta y Cinco Mil Novecientos Diecisiete (55.917) a subsidios totales; **MALLAMAS** con un total de Mil Doscientos Setenta y Tres (1.273) subsidios totales; **EMSANNAR** con un total de Sesenta y Siete Mil trescientos Trece (67.313) afiliados de los cuales Veintiocho Mil Doscientos Veintidós (28.222) corresponden a subsidios totales y Cuarenta Mil Trescientos Sesenta y Cuatro (40.364) a subsidios parciales y finalmente **CONFAMILIAR DE NARIÑO** con un total de Cuatro Mil Setecientos Cuarenta y Cuatro (4.744) afiliados a subsidios

totales. Se resalta que tanto CAPRECOM, EMSANNAR y CONDOR son entidades que han extendido su proyección en muchos departamentos del país, tanto que dos de ellas tienen cubrimientos muy importantes a nivel nacional cuyas ramificaciones seccionales se amplían hacia subse-des de municipios intermedios.

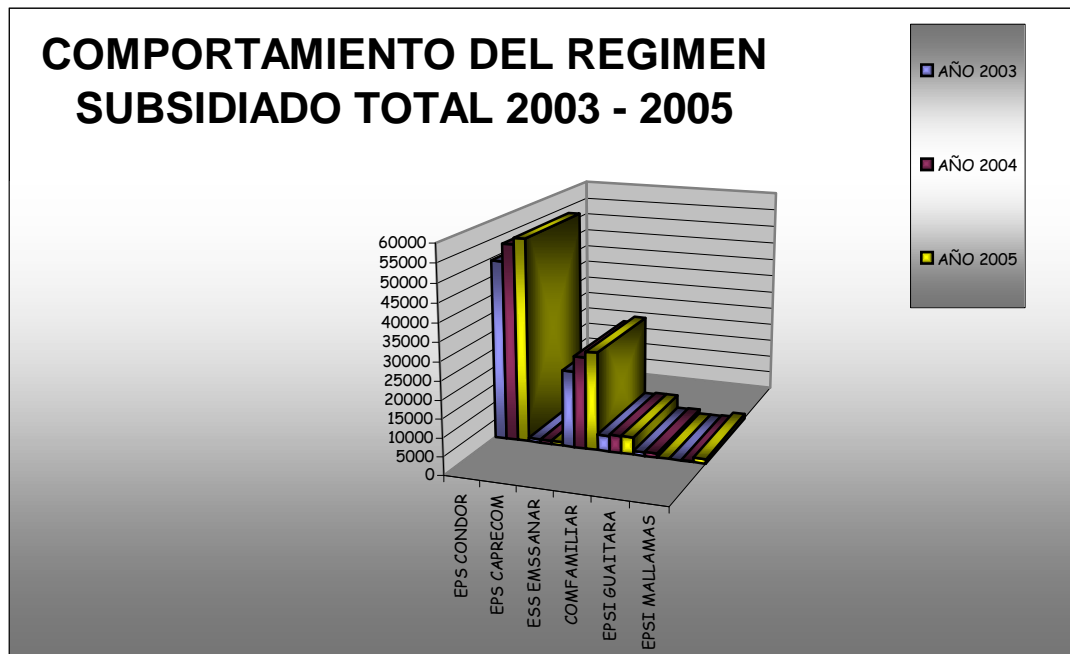
Veamos reflejados los anteriores índices, en un cuadro que resume lo ya expuesto.

**Cuadro 3. Índices Poblacionales de Contrato de las ARS**

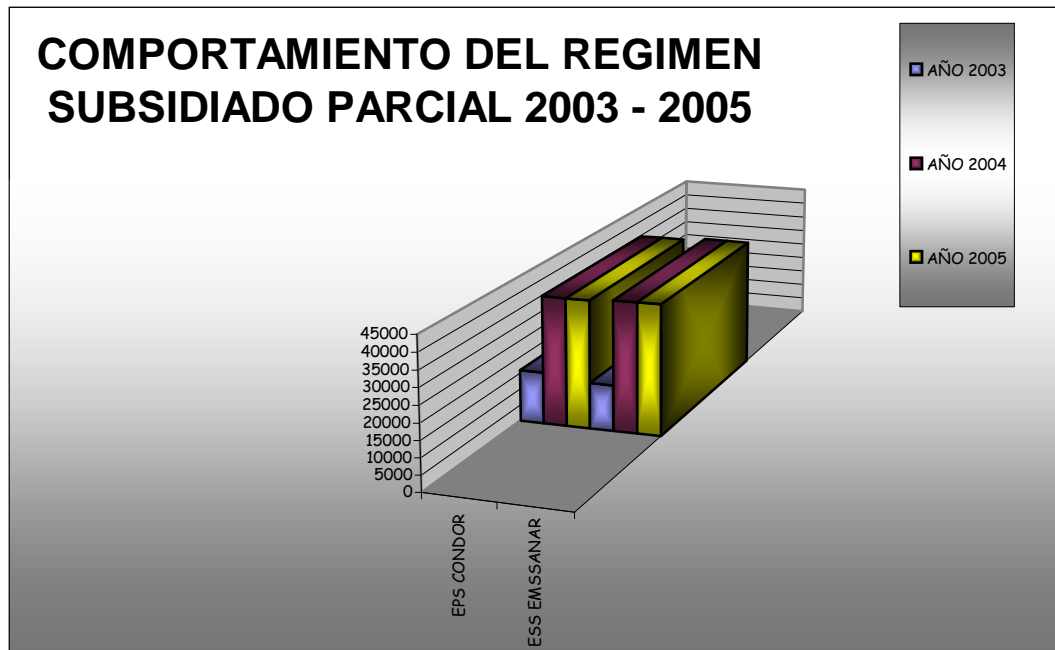
ARS		Contrato	Poblacion en Contrato
CAPRECOM	EPS020	<i>Subsidio Total</i>	954
CONDOR	EPS030	<i>Subsidio Total</i>	55917
		<i>Subsidio Parcial</i>	39636
	<i>SubTotal</i>		95553
MALLAMAS	ESS115	<i>Subsidio Total</i>	1273
EMSSANAR	ESS118	<i>Subsidio Total</i>	26949
		<i>Subsidio Parcial</i>	40364
	<i>SubTotal</i>		67313
COMFAMILIAR DE NARIÑO	CCF027	<i>Subsidio Total</i>	4744
<b>TOTAL</b>			<b>169837</b>

De igual manera observemos el crecimiento de las coberturas dentro del Régimen Subsidiado en Salud, tanto en los niveles totales y parciales, en nuestro Municipio, desde el año 2003 hasta los presentes días, representado en los siguientes cuadros comparativos. (Cuadros 4 y 5).

**Cuadro 4. Comportamiento del Régimen Subsidiado Total**



**Cuadro 5. Comportamiento del Régimen Subsidiado Parcial**



Las anteriores evidencias permiten sin mucho esfuerzo adentrarnos en una conclusión, por cuanto avizoramos avances el mejoramiento de coberturas lejos de lo óptimo y comportamientos pausados que demuestran que los distintos gobiernos municipales tienen el deseo de acertar en políticas de salud.

Es deber ineludible del cualquier gobierno que acoja las riendas del municipio, lograr la focalización individual de acuerdo a los niveles de pobreza como una de las estrategias adoptadas por la constitución y la ley para la asignación del gasto social, que permita abrir amplios espacios para que mediante la acción decidida del gobierno local y del Estado se concrete la solidaridad de aquéllos con menores carencias, es decir la población más pobre del país. En la práctica ha permitido el acceso real de manera digna a los servicios de seguridad social. Es un reto para la institucionalidad en el ejercicio el derecho, un servicio de calidad y no a un servicio de caridad. Todo ello exige consecuentes y sistemáticos esfuerzos para lograr mayores niveles de eficiencia, calidad, oportunidad y suficiencia en la prestación de los servicios.

Así, por su diseño la estructura empleada por el Municipio, ha permitido y permitirá si se otorga preferencias en su manejo, avanzar en el conocimiento y la medición de la multidimensionalidad de la pobreza, construir perfiles de sectores desprotegidos de la fortuna, previéndolos de una valiosa herramienta para la planeación del desarrollo sectorial y local, ordenando en forma continua, de mayor a menor de la población en esas condiciones de vida.

Finalmente el gobierno municipal tiene la obligación de afiliar al sistema subsidiado de salud a las llamados vinculados, es decir de aquellas personas que cumpliendo con los requisitos para acceder al sistema subsidiado se encuentran excluidos del mismo, por no contar el Municipio con los recursos necesarios para ello, pero siendo de imperiosa necesidad que se realicen inversiones adicionales al sistema de salud para alivianar las desigualdades y la precariedad de condiciones de la población y de esta manera mejorar la salud de la comunidad.

De otra parte, es necesario referir dentro de esta monografía, que en los primeros días del mes de enero del presente año, el actual Alcalde Municipal de Pasto presento al Concejo Municipal un proyecto de acuerdo mediante el cual pretende establecer la nueva estructura de la Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud, entre sus principales motivaciones estimo necesario la separación de las funciones de dirección, vigilancia, y control de las funciones de prestación de los servicios de salud, y lo hará con la creación de la Empresa Social del Estado.

Atendiendo los lineamientos establecidos legalmente los mismos que determinan que es a las direcciones territoriales a quienes les corresponde administrar la salud pública y garantizar la vinculación de la población pobre y vulnerable al sistema. Siendo que administrar significa incidir sobre la calidad de servicios,

acciones de investigación, de promoción, prevención, fortalecimiento del sistema de información, vigilancia y control.

En consecuencia es deber del Ente local dirigir, adecuar y aplicar las políticas publicas, acordes con las necesidades locales y acorde en las directrices emanadas del Gobierno Nacional.

En conclusión las funciones de la Dirección Local de Salud son tan específicas que requieren de la existencia de otra instancia que administre a nivel asistencial para poder incidir efectivamente sobre la salud de una población.

### **6.3. ALGUNAS CRÍTICAS AL FUNCIONAMIENTO AL SISTEMA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN EL MUNICIPIO DE PASTO**

Debe anotarse que las presentes observaciones contemplan en su antitesis la salida o respuesta que le corresponde a la institución establecer en orden a que corregidas las falencias el sistema obtenga adecuados índices de calidad, por ello nos conformamos en describir el fenómeno.

- 1.** El sistema en nuestra ciudad capital adolece de mecanismos eficientes de control y vigilancia en retroalimentación que tiene que ir desde los entes competentes hacia los usuarios y desde estos a la administración. Se puede apreciar con notoriedad como los usuarios de los sectores mas desprotegidos de la población claman hasta la reiteración porque se le presten los adecuados servicios.
- 2.** La cobertura y proyecciones del sistema debido a factores de ponderación política, se extiende con marcado énfasis al sector rural más que la sector urbano, dejando importantes barrios de la ciudad de Pasto con poca cobertura, más aun si se tiene en cuenta los altos índices de pobreza que cunden en la capital.
- 3.** Falta de organización en los usuarios a fin de que el sistema tenga interlocutor valido y representativo de los mismos. Es claro que la participación de la ciudadanía es indispensable para el desarrollo del tema de control y vigilancia en el régimen subsidiado, y es quien juega un papel crucial en desarrollo del trabajo interinstitucional, estableciendo las posibles inconsistencias en la focalización de la población que reúne los requisitos para estar inscritos en el régimen, irregularidades en la celebración de Contratos de Administración o fallas del servicio por la deficiente asistencia en la prestación del servicio, falencias que tienen que ser denunciadas ante la autoridad competente y ello solo será posible si existe una verdadera conformación de Comités de Participación Ciudadana, Veedurías Comunitarias, Asociación de Usuarios que vigilen y controlen nuestro sistema.

4. Los cambios que se ejercen en el sistema están cimentados por caprichos del gobernante de turno sin que exista una verdadera priorización en el gasto en el plan y en programa de salud que logren en un futuro no muy lejano una cobertura total.

5. Falta a nivel nacional, departamental y local una política seria, responsable y dirigida a atender la población flotante de desplazados, indígenas, indigentes e inmigrantes, que permita no solo la atención en salud, sino aliviar los problemas de empleo, alimentos y educación porque a como vamos el conflicto se hará mas gravoso poniendo en riesgo la convivencia armonioso de toda la sociedad, generando colateralmente graves situaciones de inseguridad con graves índices de criminalidad que se tornarán insostenibles.

6. Como la estructura emanada de la ley 100 de 1993 y de las normas reglamentarias, a permitido privatizar los servicios de salud concentrando importantes recursos económicos en pocas manos de intermediarios de la salud, estos en orden a buscar grandes ganancias han desmejorado la calidad del servicio, entregando malos medicamentos, no entregando los mismos, atención deficiente de especialista o negación de los mismos y una atención exigua de poco humanismo y mercantilista, que hace de los enfermos unos objetos sin consideraciones. Para subsanar lo anterior mas temprano que tarde el sistema nacional deberá ser reformado porque la tendencia del mismo es ha desencadenar un gran colapso.

7. El sistema requiere mejoramientos sustanciales en materia de manejo preventivo de las enfermedades para lo cual deberá prospectarse una mejor calidad en materia preventiva, a nivel pedagógico educativo sobre el manejo de las distintas patologías y campañas masivas de educación. Existe total deficiencia en implementaciones de mecanismos investigativos sobre distintas manifestaciones patológicas nuevas o viejas que pueden terminar convirtiéndose en pandemias o en epidemias que como la “gripe aviar” serian funestas y desastrosas para la sociedad.

8. Se debe mejorar la situación de estatus salarial prestacional y de condiciones de respeto profesional con los médicos y auxiliares que laboran en el sistema, por cuanto el mismo ha permitido proletarizarlos hasta el extremo de su empobrecimiento y degradación.

## 7. CONCLUSIONES

La declaración constitucional de Colombia como Estado Social de Derecho, identifica el ordenamiento jurídico con prevalencia de los derechos fundamentales y hace explícito el compromiso y la responsabilidad del Estado en una mayor justicia social basada en claros principios de justicia distributiva, de solidaridad, de dignidad humana, de equidad, de eficiencia y de universalidad, así mismo, desde 1991 se amplió el catálogo de derechos, en el cual se incluyó consideraciones de naturaleza social, los que tienen un desarrollo progresivo, es decir el Estado debe implementar programas en aras a la resolución de problemas sociales.

En consonancia con los postulados constitucionales se expidió la ley 100 de 1993, norma que definió el marco normativo y el entorno institucional para la aplicación del derecho irrenunciable a la seguridad social, que se constituye en un servicio obligatorio que se ejerce bajo la dirección y control del Estado y busca responder a los problemas de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios de salud. Para ello introdujo una nueva asignación en las funciones y responsabilidades de los agentes que participan y precisó los campos de intervención del Estado para garantizar los principios constitucionales y ejercer las responsabilidades de dirección, coordinación, vigilancia, regulación y control que le corresponde cumplir.

El principal objetivo del Sistema de Seguridad Social en Salud es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, independientemente de su capacidad de pago, para ello, el sistema ofrece el financiamiento para aquella población pobre y vulnerable, quienes serán los afiliados al sistema subsidiado y recibirán la atención médica que requieran.

Si bien, desde un inicio la expectativa de la ley 100 de 1993 era brindar salud a toda la población colombiana, principalmente a los más débiles, ello no fue posible, por el contrario la realidad nos demuestra que la falta de acceso a los servicios básicos afecta principalmente a los más pobres, esto es reconocido legalmente, en consecuencia debe darse prioridad al gasto social y, dentro de él, ordenar la atención preferencial a los sectores más marginados, a los grupos de población más pobre y vulnerable del país lo que conllevaría al desarrollo armónico de los principios de universalidad, equidad y eficiencia, siendo aspectos difíciles de abordar, por cuanto países como Colombia, y en concreto el Departamento de Nariño, y puntualmente el Municipio de Pasto, mantienen elevados niveles de pobreza y desigualdad, con altos índices de desempleo, analfabetismo y falta de oportunidades de amplias mayorías de la población, y con importante concentración de riqueza y un déficit fiscal elevado. Atender primero a los más necesitados y a los más pobres entre los pobres, es la base de la

existencia de una sociedad justa. Beneficiar a los menos afortunados tiene como objetivo que Toda la sociedad pueda alcanzar su desarrollo humano, y pleno trato digno, entendido este fenómeno, como la capacidad de alcanzar realizaciones básicas que le permitan al individuo liberarse de la miseria, de la exclusión política y del marginamiento social.

Al referirnos concretamente a nuestro municipio podemos decir que las cifras de cobertura de población subsidiada demuestran un crecimiento importante, pero aun así existe un porcentaje considerable desprovisto del servicio de salud, por ello es importante que los recursos por cierto muy limitados sean asignados donde se logre el mayor impacto distributivo posible y más bienestar para la población en la búsqueda incansable de reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida, ello se logra priorizando intereses de carácter general dejando de lado sectarismos políticos o de grupo.

Si bien Pasto realiza esfuerzos ingentes por pretender acoger dentro de su sistema subsidiado el mayor numero de beneficiarios, los registros nos demuestran que las políticas publicas en salud de carácter nacional se ven reflejadas ampliamente en nuestra localidad, pues la tendencia neoinstitucional propuesta por la ley 100 de 1993 sigue imperando, siendo que la prestación de los servicios de salud en manos de particulares (régimen contributivo), registra mayores índices de afiliación en comparación con el sector social, conocido como el régimen subsidiado, que en la practica del sistema de seguridad social mantiene la tendencia de tener menor cobertura y no ampliar su cupo, así se deduce de los datos actuales de la Unidad Administrativa Especial de Seguridad Social en Salud consignados en esta la monografía.

De otra parte, se advierte que las políticas públicas de colectivización del derecho a la salud o políticas masivas del mismo, han sido obstruidas en gran medida por el diseño mismo de la política, pero igualmente se ha criticado a la Corte Constitucional argumentado que su labor se ha encontrado encaminada más hacia la garantía individualizada del servicio a la salud y no ha promovido la garantía colectiva del mismo. Se critica que la retórica de la satisfacción individual de los servicios de salud posiblemente ha impedido una reformulación general de ésta política pública, aspectos que sin duda se ven también reflejados en nuestro Municipio, por cuanto las acciones impetradas en muchas ocasiones atienden exclusivamente las peticiones de carácter particular, dejando los mismos obstáculos a la demás población urgida de atención.

Para finalizar debe tenerse en cuenta que nuestro municipio debe adoptar en mayor medida políticas publicas tendientes a salvaguardar los derechos humanos, por cuanto la ausencia de aquellas en la medida y proporción de las necesidades de la comunidad conllevan a la vulneración de estos especialmente para los sectores desprotegidos.



Espero haber contribuido con esta monografía a recoger gran parte del acervo legal, jurisprudencial y doctrinal sobre nuestro sistema de salud, desde un marco general, hasta el particular de nuestro Municipio de Pasto, en el convencimiento de que hace falta sin duda hacer una amplia pedagogía dirigida hacia el pueblo, encaminada a que este conozca sus derechos y comprenda como reclamarlos y hacerlos valer. Las sugerencias que he esbozado constituyen un sencillo aporte para beneficio de todos coasociados, que muchas veces ven conculcados sus derechos o por desconocimiento para reclamarlos o por la arbitrariedad de quienes ejercen el poder en el área de la salud.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

ACUERDO 244 del 2003, el cual fija las condiciones de operación del régimen subsidiado. Disponible en Internet. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/normas>. Noviembre 15 de 2005.

ACUERDO 77 de 1997. Disponible en Internet. <http://www.minjusticia.gov.co/normas>. Septiembre 24 de 2005.

BORRERO GARCIA, Camilo. Reección: El Embrujo Continúa - Segundo año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo. Bogotá: Antropos Ltda. 2004. 269 p.

CONSTITUCIÓN NACIONAL DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Bogotá D.C. 1991. Disponible en Internet. <http://www.minjusticia.gov.co/normas>. Septiembre 24 de 2005.

DECRETO 050 del 2003. Optimización del flujo financiero del régimen subsidiado. Disponible en Internet. <http://www.minproteccionsocial.gov.co/normas>. Septiembre 24 de 2005.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Derechos Humanos y SISBEN. Bogotá D.C. Imprenta Nacional de Colombia. 15 p.

DUEÑAS RUIZ, Oscar José. Acción y procedimiento en la Tutela, 4 ed. Ediciones Librería del Profesional. 2001. 326 p.

GAVIRIA BETANCOUR, Paula. Derechos Económicos Sociales y Culturales – Derecho a la Salud. Dirección Nacional de Promoción y Divulgación de Derechos Humanos. Defensoría del Pueblo. Imprenta Nacional de Bogotá. 2004. 295 p.

GIRALDO VALENCIA, Juan Carlos. (Compilador) Ejercicios del Derecho a la Salud en Colombia. Defensoría del Pueblo. 1 ed. Bogotá Agosto 2000. 160 p.

GOMEZ BUENDIA, Hernando. Resumen Analítico. Información de Colombia y del Mundo. En edición de colección Semana. Diciembre 20 a 27 de 2004, Edición 1.181. 126 p.

GONZALES AGUDELO, Leonisia. Régimen de Seguridad Social y de funciones. Bogotá: Leyer 1999. 661 p.

GUZMAN, Mauricio y ALVAREZ, Enrique. Seguridad Social ley 100 de 1993. (Tomo II), 1997. 301 p.

JARAMILLO PEREZ, Iván. Seguridad Democrática AUV, Con la guerra a sus espaldas. En Revista Foro. Bogota D.C. No. 52, Febrero 2005. 198 p.

JURISPRUDENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL. La jurisprudencia y los instrumentos internacionales. El Derecho a la Salud en la Constitución. Bogota D.C. 2003. 417 p.

MEZAS, German. La Nueva Seguridad Social. Bogota: Linotipia Bolívar. 1995. 405 p. T2

PAREDES HERNANDEZ, Natalia. EL Embrujo Autoritario –Primer año de gobierno de Álvaro Uribe Vélez. Plataforma Colombiana de Derechos Humanos Democracia y Desarrollo. Bogota: Antropos Ltda. 2003. 302 p.

PLAZAS, German. La Nueva Seguridad Social (Tomo II). Consultores de Colombia Ltda., 1995. 389 p.

SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL EN SALUD. Ley 100 de 1993. Disponible en Internet. <http://www.minproteccionsocial.gov.co>. Septiembre 24 de 2005.

<http://www.fundacióncorona.org.co>

<http://alcaldiadepasto.gov.co>

<http://www.minjusticia.gov.co>

<http://www.minprotecciónsocial.gov.co>

<http://presidenciadelarepublica.gov.co>

<http://www.periodicoelpulso.com.co>

<http://www.anticorrupción.gov.co>

<http://www.colombiajoven.gov.co>

<http://www.defensoria.org.co>

## GLOSARIO.

**ACCIÓN DE CUMPLIMIENTO<sup>22</sup>:** Es la segunda acción que podemos activar en pro del derecho a la salud. Con la acción de cumplimiento se busca materializar el principio de legalidad, por cuanto se constituye en un mecanismo eficaz de protección judicial mediante el cual una persona acude ante un juez administrativo, para hacer efectivo el cumplimiento de los deberes u obligaciones que impone una ley o de un acto administrativo, cuando un funcionario renuente se niega a darle cumplimiento, puede ser promovida por cualquier persona natural o jurídica, incluidos los servidores públicos, es una acción pública por lo cual no es necesario demostrar un interés particular o un daño específico para interponerla, simplemente se requiere de que los intereses colectivos se mancomunen para logra accionar el reclamo de sus pretensiones y excepcionalmente a través de la acción de tutela.

**ACCIÓN POPULAR,** entendida como un mecanismo judicial, previsto para la protección de derechos colectivos, mediante el cual se puede evitar un riesgo o daño contingente o eventual a un derecho colectivo, hacer cesar un peligro o restituir las cosas a un estado anterior; puede ser interpuesta por cualquier persona natural o jurídica y por organizaciones no gubernamentales, como organizaciones populares, juntas cívicas o de índole similar, así como las entidades públicas que cumplan funciones de control, intervención o vigilancia incluida la Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo, Personerías Municipales, Distritales y los alcaldes.

**ACCIÓN PÚBLICA DE INEXEQUIBILIDAD ANTE LA CORTE CONSTITUCIONAL.** Acción ciudadana mediante la cual se puede controvertir una ley, un decreto dictado por el presidente con base en facultades extraordinarias otorgadas por el Congreso de la República o dictada con base en la declaratoria de algún estado de excepción. Se trata de un control abstracto de constitucionalidad a través del cual este tipo de normas pueden ser excluidas del ordenamiento por ser incompatibles con la Constitución Política.

**ACCIÓN PÚBLICA DE NULIDAD ANTE EL CONSEJO DE ESTADO:** Acción ciudadana mediante la cual se ejerce un control abstracto de actos administrativos para excluirlos del ordenamiento por ser contrarios al orden jurídico vigente.

**ACCIÓN DE TUTELA:** En materia de control del derecho a la salud como derecho individual esta la acción de tutela, definida como un mecanismo de protección

---

<sup>22</sup> Tomado de la Serie Red Nacional de Promotores, Protección de los Derechos Humanos, Mecanismos Nacionales – Defensoría del Pueblo –Bogotá 2001.

judicial de carácter subsidiario, mediante el cual se protegen derechos Constitucionales contra acciones u omisiones de las autoridades o de particulares. Aun cuando en principio solo procede para la protección de derechos fundamentales, la jurisprudencia de la Corte Constitucional la ha extendido para proteger ciertos derechos sociales en conexidad con derechos fundamentales. Se caracteriza por:

- A. Puede ser ejercida por cualquier persona sin necesidad de abogado.
- B. En principio solo protege derechos constitucionales y por conexidad otros derechos fundamentales.
- C. Se puede interponer ante cualquier juez de la republica.
- D. Tiene un procedimiento sencillo y rápido.
- E. Se puede interponer contra entidades publica o personas privadas.
- F. Es de carácter subsidiario, es decir, solo procede cuando no proceda otro medio judicial para la protección del derecho, o cuando a pesar de existir dicho medio judicial la tutela es necesaria para prevenir un perjuicio irremediable.

Desde el punto de vista no judicial, existen varios controles administrativos sobre la prestación del servicio de salud, sus administradoras y los responsables de aportar al sistema, que se ejercen principalmente a través de quejas ante la Superintendencia de Salud y los derechos de petición.

**ADMINISTRADORAS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO (ARS):** Son las entidades encargadas de administrar los recursos destinados para el régimen subsidiado en salud.

**AFILIACIÓN:** proceso a través del cual los beneficiarios del régimen subsidiado ingresan al sistema de seguridad social en salud, mediante el pago del valor de aseguramiento que hace el Estado a una Administradora del Régimen Subsidiado (UPC).

**BENEFICIARIO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO:** Es toda persona pobre y vulnerable identificado en los niveles 1 y 2 de pobreza por el SISBEN y por listado censal, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia, reciben un subsidio total o parcial del Estado para completar el valor de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado.

**BENEFICIARIO DE LOS SUBSIDIOS PARCIALES:** Son los trabajadores independientes clasificados en los niveles III y IX del SISBEN que tengan ingresos inferiores a dos salarios mínimos mensuales, cuyo aseguramiento y el de su núcleo familiar es financiado con recursos de esfuerzo propio municipal y con recursos de los afiliados hasta completar el valor total de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC – S).

**CONFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD:** El sistema se encuentra estructurado por EL ESTADO, es el responsable de la salud de los colombianos, por el CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, entidad que coordina y reglamenta la prestación de los servicios de salud en el país; sus decisiones son obligatorias y deben ser adoptadas por el Gobierno, por la SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Organismo encargado de la vigilancia del sistema de salud, es decir, recibe las quejas de todos los actores y define sanciones, por el MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, quien define las políticas de la salud en Colombia, por las EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD (EPS): Entidades delegadas por el Estado para asegurar a las personas con capacidad de pago (régimen Contributivo), afiliarlas al sistema y administrar los recursos. Se escogen a voluntad del usuario y finalmente por las INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD: son quienes prestan servicios de salud. Son contratadas por las EPS y ARS para atender a sus afiliados

**CÓMO ESTÁ CONFORMADO EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL:** Está estructurado por tres subsistemas: SALUD, componente encargado de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades generales que no son generadas en el trabajo; PENSIONES, es el responsable del aseguramiento y del manejo económico en este campo, que permite la seguridad al cumplimiento unos requisitos legales y finalmente riesgos profesionales, se encarga de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud en los espacios de trabajo y de los seguros económicos relacionados. RIESGOS PROFESIONALES, es el responsable de las enfermedades profesionales y accidentes laborales. Cada subsistema es autónomo: el de pensiones ya fue reformado, el sistema de salud se está discutiendo.

**DERECHO DE PETICIÓN:** Es el que toda persona tiene para presentar solicitudes ante autoridades o ante ciertos particulares y obtener de ellos una resolución pronta y eficaz sobre lo solicitado. Dicha consagración constitucional establece un punto de equilibrio en las relaciones de poder esencialmente entre gobernantes y gobernados, o entre ciertos particulares, ya que su interacción no depende del querer de los sujetos, sino del acatamiento de principios fundamentales, como la democracia participativa, que sirve de sustento, a nuestro sistema jurídico

Para el control de los aspectos colectivos del derecho, el derecho a la salud puede ser protegido a través distintas acciones, entre ellas la acción popular y la acción de cumplimiento.

**NÚCLEO FAMILIAR:** La afiliación al Régimen Subsidiado implica la cobertura a todo el Núcleo familiar, constituido por el padre o madre de cabeza de familia, el cónyuge a falta de cónyuge la compañera o compañero permanente, siempre y cuando la unión sea superior a dos años, los hijos menores de dieciocho años (18) años que dependen económicamente del afiliado, los hijos entre los dieciocho (18) y veinticinco (25) años, cuando sean estudiantes de tiempo completo y dependan

económicamente del afiliado, los hijos del cónyuge compañera o compañero permanente del afiliado menores de dieciocho años o de cualquier edad si tienen incapacidad permanente que dependen económicamente de afiliado, a falta de cónyuge o de compañero o compañera permanente y de hijos, los padres del afiliado que no estén pensionados y dependan económicamente de este, excluyendo aquellas personas que tienen empleo.

**POBLACIÓN VINCULADA:** Es la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad y que transitoriamente no se encuentra afiliada al sistema general de seguridad social en salud. Su atención es responsabilidad del Estado a través de las instituciones públicas o privadas contratadas por este, con cargo a recursos a la oferta.

**PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADA:** Es el paquete de servicios de salud, a que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado, incluye acciones de promoción y, prevención, atención de consulta externa, hospitalaria de menor complejidad, atención a la madre gestante y al menor de un año, y atención de enfermedades de alto costo

**RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD:** Conjunto de normas que rigen el ingreso de la personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de su cotización y la de su núcleo familiar al sistema de seguridad social en salud. Se trata de la gente más pobre y vulnerable de zonas rurales y urbanas.

**RÉGIMEN CONTRIBUTIVO EN SALUD:** Rige la vinculación de la persona y su núcleo familiar al sistema de seguridad social en salud, cuando esta se hace a través del pago de una cotización individual y familiar, con un aporte económico previo, financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. Ingresan a este régimen aquellas personas con capacidad de pago para cubrir la cotización en salud. Son los empleados y los trabajadores independientes.

**SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD:** Conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los que disponen las personas y la comunidad, para gozar de una mejor calidad de vida, mediante el amparo de las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica.

**SERVICIOS QUE INCLUYE EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS):** Prevención de enfermedades, atención de urgencias sin restricciones, consulta médica general y especializada, consulta y tratamientos odontológicos (sin ortodoncia, periodoncia y prótesis), exámenes de laboratorio, rayos X, hospitalización y cirugía, psicología, optometría, terapias, medicamentos esenciales y atención durante el embarazo, el parto y al recién nacido.

**SERVICIOS QUE NO CUBRE EL POS:** Tratamientos con fines de embellecimiento, curas de sueño, medicamentos experimentales o no incluidos en los listados POS, fajas, sillas de ruedas, zapatos ortopédicos y lentes de contacto.

**SISBEN:** Sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales. consistente en una encuesta que permite obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos de la población en todos los distritos y municipios del país, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida, la encuesta ofrece resultados de niveles de pobreza, los cuales se identifican del 1 al 6, constituyéndose como beneficiarios del Régimen Subsidiado total la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del SISBEN y del Régimen de Subsidios parciales la población perteneciente a los niveles 3 y 4 del SISBEN. El Sistema de Selección de Beneficiarios SISBEN constituye el principal instrumento de focalización de recursos públicos destinados a programas sociales en aras a satisfacer las necesidades básicas de la población más pobre y vulnerable, en desarrollo del mandato constitucional.

Se constituye en una herramienta básica que facilita el diagnóstico socioeconómico de la población y la clasifica en orden a indicadores de pobreza; todo a través de la información recogida de un cuestionario aplicado a los ciudadanos para determinar las características de la calidad de vida como empleo, ingresos, educación y servicios públicos. Otra función útil del SISBEN que se puede destacar es el apoyo a los procesos de planeación y ejecución de programas específicos a nivel municipal y el fortalecimiento institucional, local y regional. Se estructura así un banco de información sociodemográfica actualizada y confiable para priorizar la ejecución del gasto social.

**SUBSIDIO A LA DEMANDA:** Aporte económico que entrega el estado directamente a los departamentos y municipios con el fin de subsidiar a los beneficiarios del régimen subsidiado por persona. Por cada beneficiario el Estado gira el valor correspondiente a una UPC-S.

**SUBSIDIO A LA OFERTA:** Aporte económico a cargo del Estado dirigido a las instituciones públicas hospitalarias o a las particulares con las cuales contrata, con el fin de garantizar la atención de las personas de escasos recursos y que aun no han ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es decir de la población vinculada siempre u cuando el afiliado no tenga capacidad económica.

**UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN SUBSIDIADA:** Valor fijo que se entrega a las Administradoras del Régimen Subsidiado por el pago del seguro de afiliación persona/año, lo cual da derecho a recibir las atenciones contenidas en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud Subsidiada, establecido en el Sistema de Seguridad Social en Salud.



