



Trabajo de grado:
Pregrado en Derecho

**DECRETO 780 DE 2016:
EFECTO EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA**



Presentado por:
July Johana Puerta Vélez
Isabel Cristina Suárez Arango

Medellín
2018

**DECRETO 780 DE 2016: EFECTO EN LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA**

**JULY JOHANA PUERTA VÉLEZ
ISABEL CRISTINA SUÁREZ ARANGO**

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA
Medellín, Colombia**

2018

**DECRETO 780 DE 2016: ANÁLISIS DEL EFECTO EN LA ESTRUCTURA DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL DE SALUD EN COLOMBIA**

**JULY JOHANA PUERTA VÉLEZ
ISABEL CRISTINA SUAREZ ARANGO**

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ABOGADAS

*** JAIME ALONSO FORERO SIERRA**

****LUIS FELIPE ORTIZ-CLAVIJO**

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA LATINOAMERICANA

Medellín, Colombia

2018

***Asesor temático.** Abogado, Docente facultad de Derecho Universidad Autónoma Latinoamericana.

****Asesor metodológico.** Magister en estudios de CTS+i (c), Ingeniero Industrial.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo de grado, principalmente a Dios quien siempre fue luz en nuestro camino y a nuestros padres; pilar en nuestra formación y a todos aquellos que aportaron para la consolidación del presente proyecto.

Agradecimientos

Agradecemos a nuestros asesores Jaime Alonso Forero -Sierra y Felipe Ortiz-Clavijo quienes con su guía y permanente acompañamiento fueron determinantes para la culminación de la presente investigación, y a todas las personas que han sido el pilar en nuestra formación como Abogadas, por su apoyo y enseñanzas, y a todos los profesores que contribuyeron con su conocimiento.

Contenido

Resumen.....	1
Abstract.....	2
Introducción	4
Planteamiento del Problema	6
Justificación	8
Objetivos	10
Objetivo General	10
Objetivos Específicos	10
Metodología	11
Capítulo uno: marco teórico y conceptual.....	13
Sistema de salud	13
Antecedentes Históricos.	13
Noción de sistema de salud	16
Seguridad social	20
Historia y conceptualización.	20
Capitulo dos: nacimiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia.....	25
Análisis normativo	25
Capitulo tres: reforma en la seguridad social: constitución de 1991	33
Ley 100 de 1993.....	33
Actores del sistema de seguridad social en salud.....	37
Entidades de dirección, vigilancia y control.....	37
Entidades de coordinación, financiación y administración	38
Afiliados.	39
Regímenes excepcionales o especiales de salud.....	41
Ley estatutaria 1751 de 2015.	45
Sujetos de Especial Protección Constitucional	48
Capítulo cuatro: análisis del decreto 780 de 2016.....	51
Consideraciones preliminares	51
Principales efectos del decreto 780 de 2016	55
Afiliación.....	55
Actores del sistema.....	56
Primer Foro Elecciones 2018: Perspectivas para el Sistema de Salud.....	67
Foro: la salud en Colombia con los aspirantes al congreso	72

Conclusiones	75
Anexos A.	77
Anexo B. Definiciones	78
Referentes Bibliográficos.....	79

Lista de Figuras

<i>Figura 1.</i> Estructura del diseño metodológico.....	12
<i>Figura 2.</i> Componentes de un sistema de salud	17
<i>Figura 3.</i> Marco de la OMS relativo a los sistemas de salud	19
<i>Figura 4.</i> Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso.....	333
<i>Figura 5.</i> Porcentaje de ausencia de atención médica en caso de enfermedad.....	34
<i>Figura 6.</i> Ley 100 de 1993, modelo teórico	35
<i>Figura 7.</i> Estructura SSSI.....	36
<i>Figura 8.</i> Sistema de salud en Colombia: cómo está y cómo quedaría	52
<i>Figura 9.</i> Interrelación de riesgos en salud.....	64

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Modelo Bismarck vs Beveridge</i>	24
Tabla 2. <i>Decretos contenidos en la normatividad</i>	54
Tabla 3. <i>Diferencias entre FOSYGA Y ADRES</i>	60
Tabla 4. <i>Diferencia entre EPS y Gestoras de Salud</i>	65

Resumen

El principal objetivo de este trabajo ha sido el análisis de los efectos jurídicos de la implementación del decreto 780 de 2016 en la actual estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en adelante SGSSS, contemplada en la ley 100 de 1993. Fundamentado en la necesidad de comprender el concepto SGSSS, desde dos focos, el primero desde su evolución y estructura, esta última entendida como los actores intervinientes; y el segundo, a partir de las relaciones jurídicas que este sistema implica. Para tal fin, se implementó a una metodología de enfoque cualitativo donde se realizan dos aproximaciones metodológicas que comprenden la revisión bibliográfica y documental del tema de estudio, así como la hermenéutica desde una visión normativa; por tanto, el diseño metodológico es de corte no experimental y subyace en un estudio de tipo descriptivo. Los resultados del estudio, reflejaron efectos relevantes sobre el SGSSS. Como principales hallazgos se destacan: (1) la reforma se percibe como positiva, en tanto que, el Estado recobra el dominio de los dineros de la salud al ser manejados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES, con lo cual se persigue evitar la corrupción, el manejo fraudulento de los cobros y la desviación del patrimonio público. (2) al ser el manejo de los recursos de la salud unificado en la ADRES, se perjudicará a los entes territoriales, quienes se veían beneficiados por los tributos impuestos en su territorio, tal es el caso del departamento de Antioquia.

Palabras clave: análisis de efectos jurídicos, decreto 780 de 2016, SGSSS, ley 100 de 1993

Abstract

The main objective of this work has been the analysis of the legal effects of the implementation of decree 780 of 2016 in the current structure of the General System of Social Security in Health (SGSSS), contemplated in the law 100 of 1993. Based on the need to understand the SGSSS concept, from two foci, the first from its evolution and structure, the latter understood as the intervening actors; and the second, from the legal relationships that this system implies. For this purpose, a methodology of qualitative approach was implemented, where two methodological approaches are carried out that include the bibliographic and documentary review of the study subject, as well as the hermeneutics from a normative perspective; therefore, the methodological design is non-experimental and descriptive study. The results of the study reflected relevant effects on the SGSSS. The main findings are: (1) the reform is perceived as positive, while the State regains control of the health monies when managed by the Administrator of the Resources of the General Social Security System in Health ADRES, which is intended to prevent corruption, fraudulent and diversion of public assets. (2) As the management of health resources unified, the territorial entities will be harmed, who were benefited by the taxes imposed in their territory, and such is the case of the department of Antioquia.

Keywords: analysis of legal effects, decree 780 of 2016, SGSSS, law 100 of 1993

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia hace parte de la construcción histórica de diferentes leyes y decretos que han tenido un desarrollo normativo desde la constitución de 1886, además de la configuración de un sistema estructurado con la reforma de 1991 y la implementación de la Ley 100 de 1993 la cual creó diferentes entidades para el funcionamiento, control, seguimiento y evaluación de la prestación de un servicio de salud, con el objetivo de aumentar la cobertura de salud a un 100% de la población. Las reformas a este sistema obedecen tanto al desarrollo de políticas públicas presentadas para el sector, que permiten el mejoramiento en el acceso, calidad, atención, prestación e infraestructura, como al conjunto de directrices presentadas por el Ministerio de salud, las cuales pretenden acatar las recomendaciones realizadas por el Organismo para la Operación y Desarrollo Económico (OGDE) dado al propósito de adhesión. Es por eso que el Gobierno Nacional a partir de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, y su cuerpo normativo desarrollado y regulado en el decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 del 2016 ha presentado grandes cambios a nivel de los actores y la afiliación en salud, para lograr las metas establecidas en el plan nacional de desarrollo 2014 – 2018.

Buscando una claridad estructural en el Sistema de seguridad social en Colombia este trabajo analizará las modificaciones contempladas en el decreto 780 de 2016, en ese sentido, el manuscrito se divide en cuatro capítulos. El primer capítulo expone el marco teórico y conceptual que soporta la investigación, partiendo de una revisión histórica del concepto de seguridad social en salud, el cual comprende desde las medidas de protección a necesidades individuales para combatir la enfermedad, hasta las sociales en sentido plural en cuanto al control de epidemias, además, se incluye un acercamiento a la comprensión de la infraestructura y del sistema sanitario que permitiera posteriormente la creación de los

principales modelos de sistema de salud contemplados en Alemania e Inglaterra, los cuales son bases fundamentales para la elaboración, evolución y reformulación de sistemas de seguridad social en el mundo. El segundo capítulo, delimita el estudio al panorama nacional, en tanto, se presenta un recuento histórico y normativo sobre la seguridad social en Colombia, así como de los factores que dieron origen a la misma. El tercer capítulo trata sobre la reforma en la seguridad social, tomando como punto de partida la constitución de 1991, donde se aborda posteriormente la estructura principal del sistema de seguridad social en salud contenido en la ley 100 de 1993, Finalmente, el cuarto capítulo expone los hallazgos de la investigación a partir del análisis del decreto 780 de 2016, este comprende, unas consideraciones preliminares donde se relacionan las principales diferencias entre la antigua estructura FOSYGA y la nueva estructura ADRES, posteriormente se describen los principales efectos derivados del decreto 780 de 2016, ampliando el análisis sobre los efectos principales, siendo estos: la afiliación y los actores involucrados en el sistema.

Finalmente, para la elaboración de los capítulos relacionados anteriormente, se realizó una revisión sistemática de textos, desde un método bibliográfico hermenéutico, es decir, un análisis riguroso sobre el tema objeto de estudio, de tal forma que permitiera realizar un rastreo que comprende una ventana temporal de 1949 a 2017, de igual forma, la definición de dicha metodología se realizó con base en diferentes autores, quienes dan relevancia al diseño metodológico para investigaciones de tipo descriptivo y de enfoque cualitativo.

Planteamiento del Problema

En la crisis del sistema de salud es fundamental volver la vista atrás sobre los motivos que argumentaron la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, el más importante de ellos era la falta de organización financiera, estructural y normativa operada bajo entidades como CAJANAL y el Instituto de Seguro Social y frente a la falta de “filosofía alguna, las leyes eran desarticuladas, los recursos no tenían un plan básico, la eficiencia era nula, y la calidad cada vez se deterioraba más, los organismos eran desordenados y no ejercían control alguno, además la corrupción administrativa era desbordada.” (Peña Alzate, 1994. pág. 12)

La ley 100 de 1993 ha sido una de las reformas más tajantes y sus objetivos se enmarcaron a la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios; no obstante el desarrollo del sistema originó complicaciones en los flujos financieros por los altos costos a través de los recobros del sistema, impidiendo la prestación del servicio que para ese entonces contaba con una naturaleza jurídica de carácter meramente prestacional, y su protección se realizaba mediante la acción de tutela en conexidad con el derecho fundamental a la vida y dignidad humana. Es por ello que la Corte constitucional dentro de su jurisprudencia, según la sentencia de tutela 760 de 2008, adoptó la salud como un derecho fundamental de protección directa que salvaguardara a los usuarios del sistema, de allí fue que el Congreso Nacional vio la necesidad de contemplar la idea de un nuevo modelo en que recogiera la normatividad y jurisprudencia en esta materia para lograr garantizar un mejoramiento y una cobertura total y eficiente, que posteriormente se plasmó en la Ley estatutaria 1751 de 2015, elevando la salud a un rango constitucional como derecho fundamental.

A partir de esta Ley Estatutaria el sistema en salud comienza por proyectar cambios fundamentales dentro de la estructura, las entidades, la distribución financiera, para hacerle frente a la problemática, como lo es la expedición de un cuerpo normativo que compila todas las disposiciones del área de la salud para tener una remisión única y a partir de ella realizar los cambios necesarios para garantizar una prestación íntegra y transparente.

Bajo este panorama, se expide el Decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 de 2016, con la finalidad de compilar y sintetizar la regulación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, reuniendo a todos los actores que en él participan, causando una reforma estructural del sistema de salud. En este sentido, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los principales efectos del decreto 780 de 2016 sobre la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)?

Justificación

En Colombia, la noción de seguridad social integral se plasma a partir de la Constitución Política de 1991, se ha entendido como un derecho fundamental intrínsecamente ligado al derecho a la salud, tal motivo ha llevado al Estado a desplegar políticas públicas destinadas al reordenamiento del sistema de salud, en un marco jurídico, operativo y económico.

Es por ello que el legislador expide el Decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 de 2016. Constituyéndose esta reglamentación en un instrumento esencial para el desarrollo de la presente investigación.

El análisis que se plantea en la presente investigación, permitirá reconocer la forma en que el Estado Colombiano, en el ejercicio de su función pública y en cumplimiento de un deber prestacional a cargo del Estado, pretende garantizar el bienestar de la población y el desarrollo de un Estado Social de Derecho, enmarcado en la prestación de los servicios de salud.

De igual manera, con este trabajo de investigación se pretende resaltar la importancia del derecho a la salud, convirtiéndose en una guía básica que le permita a las personas trascender en la idea que históricamente han tenido del concepto salud, reconociéndose, consecuentemente, como sujetos activos del sistema de Seguridad Social en salud,

Este trabajo acomete determinar las reformas del sector salud, que se originan a partir del decreto 780 de 2016, junto con sus posteriores modificaciones, y la forma en que estos impactan la estructura del actual sistema de seguridad social en salud, evidenciado en las transformaciones y funciones que acogen cada uno de sus intervinientes.

Dichas estas razones, es importante investigar la estructura del sistema General de Seguridad Social en Salud, como un asunto de interés público, puesto que es un contenido ignorado, que envuelve y en su defecto aqueja a la mayoría de los colombianos. Generando distorsión de la crisis que realmente se presenta en el sector, planteando soluciones vagas e imprecisas.

Adicionalmente, el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social es un tópico reciente que si bien tiene origen normativo no se ha estudiado desde una perspectiva jurídica, que determine, conozca, interprete y critique sus alcances., en este caso, encaminados a promover y tutelar el derecho a la salud.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los principales efectos del decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 de 2016, sobre la estructura del actual sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)

Objetivos Específicos

- Establecer como marco teórico y conceptual la concepción de salud y su desarrollo histórico. A partir de los modelos de sistema de salud contemplados en Alemania e Inglaterra, como punto de partida para la elaboración, evolución y reformulación de sistemas de seguridad social en el mundo
- Recopilar y analizar la información relacionada con la evolución normativa de la seguridad social en Colombia, en relación con la estructura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)
- Analizar los efectos producto de las reformas al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) en Colombia

Metodología

El presente trabajo corresponde a un estudio de alcance descriptivo, sobre el cual, autores como Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio (2010) manifiestan que:

“Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Pág.80)”.

Bajo este panorama, el estudio subyace en una revisión documental y bibliográfica, con la cual se busca ampliar detalles sobre las iniciativas gubernamentales tenientes al sistema general de seguridad social en salud en Colombia. Para tal fin, el presente estudio contempla la realización de dos aproximaciones metodológicas:

1. Recopilación y análisis de información normativa de seguridad social en Colombia en relación con la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
2. Revisión y análisis de los efectos jurídicos con ocasión de las reformas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia.

Mediante la realización de dichas aproximaciones, se busca desarrollar un escrito en el cual se expone un análisis sobre el efecto del decreto 780 de 2016 en la estructura del sistema general de seguridad social de salud en Colombia; es necesario anotar que el presente trabajo responde a un ejercicio investigativo en el que se configuran dos propósitos; el primero relacionado con el interés de consolidar un trabajo analítico y con aplicación práctica en el área del derecho. El segundo propósito, como requisito parcial de grado en el marco del pregrado en derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana.

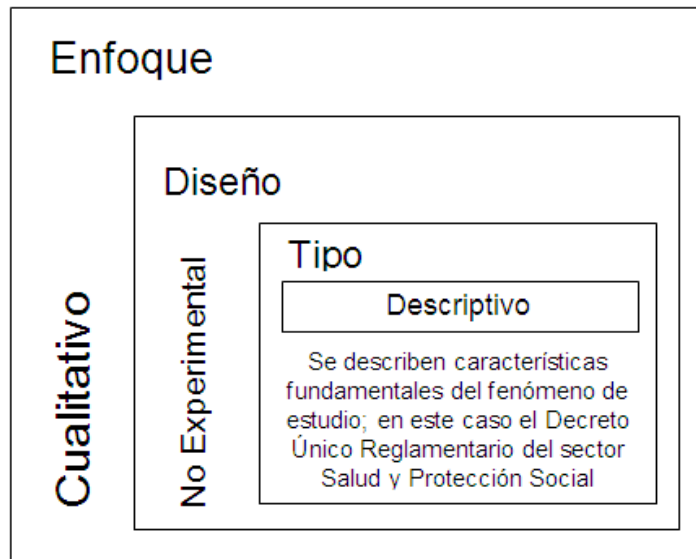


Figura 1. Estructura del diseño metodológico. Fuente. Elaboración propia realizada a partir de los textos: (a) Metodología de la Investigación de Hernández Sampieri, Fernández Collado, y Baptista Lucio (2010) y (b) El proceso de investigación de Sabino (1995).

En correspondencia con la metodología, su enfoque es cualitativo, ya que dentro de este se desarrolla un diseño no experimental y de tipo descriptivo (ver Figura 3), que posibilite a través de un proceso hermenéutico y analítico, comprender el decreto único reglamentario del sector salud y protección social 780 de 2016 y su efecto en la estructura del sistema general de seguridad social de salud en Colombia. En relación con la hermenéutica y el ejercicio analítico propuesto como método, autores como Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz (2015) manifiestan que dicha metodología es esencial en la comprensión de determinadas teorías donde la finalidad es buscar claridad conceptual de nociones pertenecientes a diversas disciplinas.

Capítulo uno: marco teórico y conceptual

Una vez establecido en qué consiste este trabajo y bajo la hipótesis de una nueva estructura del sistema de seguridad social a partir de los actores del sistema y la afiliación en salud aludiendo al decreto único reglamentario 780 de 2016, se desarrollará a continuación el marco teórico que sustenta ese trabajo de investigación, el cual incluye la contextualización del lector en torno a los temas antes mencionados.

Sistema de salud

Antecedentes Históricos.

El sistema de salud tiene su origen desde la antigüedad, donde la idea de salud era determinada por las acciones de las poblaciones y su proceder frente a emergencias y enfermedades, en donde el hombre siempre se vio interesado por su bienestar y salud, enfrentándose a diversos acontecimientos asociados en su mayoría, a la supervivencia y a los interpretadas como una fuerza maligna sobrehumana o como castigos divinos y la forma de solucionarlos era a través de los llamados brujos, hechiceros y personas con una fuerza interna (magia) que podía proporcionar una cura para los males. Esta época fue marcada por las creencias místicas, las cuales eran responsables de la curación de enfermedades; que hasta el día de hoy sigue siendo practicada por una parte minoritaria de la población mundial.

Posteriormente, con el avance de la civilización, en Egipto y Mesopotamia, se genera una ruptura de este sistema de magia y religión, al incentivar el concepto de higiene personal y pública, promoviendo así el uso de ciertas drogas en la terapéutica, que hoy en día siguen usando, esto permitía tener una mayor eficiencia del control de las plagas y las enfermedades, pues era abundante la concentración de moscas, piojos, pulgas e insectos en la zona urbana.

Así pues, en el constante crecimiento de las civilizaciones Sumerias y Mesopotámicas se logra encontrar el referente del desarrollo de la higiene pública y de un sistema sanitario, debido a la regulación de los drenajes de las aguas negras, la profilaxis de las enfermedades como la lepra, y el ejercicio de la medicina contenido en el Código de Hammurabi – 1720 – 1686 a.C.

De la misma forma, en Roma y Grecia, se retorna a la concepción mágica y religiosa para dar explicación a los asuntos relacionados con la salud. Por lo cual, se destacan tres deidades: en primer lugar Asclepio, dios griego de la medicina, responsable del restablecimiento de la salud; en segundo Higia, diosa de la salud, la cual permitía interpretar este concepto como el estado natural de las cosas; y en tercer lugar Panacea, la diosa del tratamiento y de la curación.

No obstante, en el año 460 a. C. Hipócrates, médico griego, quien resaltó por su desarrollo en la medicina, rechazó el pensamiento de la enfermedad como castigo divino o expresión de la voluntad de un espíritu maligno. Por lo cual se forja una noción materialista, induciendo a la construcción del sistema sanitario, a través de considerables obras de higiene comunal: acueductos, alcantarillados y baños. Se vedó inhumar al interior de la urbe, y se crearon ediles para garantizar la obediencia de las leyes sanitarias (Cardona Osorio, 1988).

Más adelante, en la edad moderna, se consolida un pensamiento médico científico, alrededor de la enfermedad y la clínica. Iniciándose el hospital, desde el punto de vista institucional, ya que si bien el hospital existía desde la Edad Media, este era un establecimiento de asistencia a los pobres, y al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. Por su parte la cuadrilla hospitalaria intentaba alcanzar su propia salvación, así como lo refiere Parafita.

El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo, sino a conseguir su propia salvación: era un personal caritativo, religioso o laico, que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que garantizaran la salvación eterna: por consiguiente el hospital servía para salvar el alma del pobre al momento de la muerte, y también la del personal que lo atendía.

Sin embargo, el suceso histórico, más relevante fue la Revolución industrial, que cumplió con un rol predominante en el progreso del mundo, y con ello la organización y funcionamiento de la Salud Pública moderna. La fábrica se convirtió en la forma institucional por excelencia, y proporcionalmente este sistema crecía, debía aumentar el número de trabajadores, dando origen a las primeras organizaciones comunitarias, cuyo objeto era la protección de la salud.

La era industrial también trajo consigo problemas de salud, afectando la clase trabajadora, que consecuentemente generaría una pérdida económica, haciendo ineludible la intervención del Estado. La salud se convierte en un asunto de interés público, en la medida en que los individuos están sometidos a escenarios peligrosos y se convierten en un peso para la sociedad, dando origen a la Economía de la salud preventiva, que en aquella época medía los costos económicos y sociales de la enfermedad prevenible, contemplando la pobreza como fuente y resultado de la enfermedad. Las medidas preventivas se convierten en una acción económica, ya que como dice Rose citado por (Rosen, 2015) “los gastos necesarios para la adopción y el mantenimiento de las medidas de prevención, en última instancia equivaldría a menos del costo de la enfermedad ahora engendrado constantemente”.

Finalmente, cabe destacar, los siguientes acontecimientos mundiales: la Primera Guerra Mundial, que condujo al desarrollo de la medicina, aumentando el conocimiento y especialización en la misma, y la Segunda Guerra Mundial, que ocasionó el avance de los

sistemas de organización de los servicios de salud, desde un enfoque asegurador. Fue así como progresivamente iniciaron los sistemas sociales de protección como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública (Nugent, 1997) y surge la idea del Estado de Bienestar y el derecho a la salud se asocia a la condición de ciudadano con independencia de cuáles sean sus recursos económicos. Esto conlleva a una mayor conciencia social acerca de la protección de la salud individual y hace que se entienda el sistema sanitario como un servicio público tutelado por el Estado. Es entonces en 1946 donde la Organización Mundial de la Salud definió por primera vez de forma global el concepto de salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad y minusvalía.

Noción de sistema de salud

En la actualidad se utiliza la expresión Sistema de Salud para referirse a un conjunto de normas, instituciones y personas, que regulan la prestación de un servicio de salud para determinada población, contando con el análisis de los factores que contribuyen a la protección contra las contingencias que menoscaban el bienestar material, este concepto se ha transformado a lo largo del tiempo construyéndose a partir de las coyunturas sociales y económicas de cada época, estando sujeto a las leyes que contemplan su estructura y funcionamiento.

La Organización Mundial de la Salud (1978), definió Sistema sanitario como:

Un conjunto complejo de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, lugares de trabajo, los lugares públicos y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines.

Así mismo, el escritor Federico Tobar contempla una la propuesta que señala:

Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes:

- a) Político
- b) Económico
- c) Técnico

Cada uno de ellos involucra un conjunto de definiciones particulares, a cuestiones específicas. Sin embargo, existen también problemas comunes a dos dimensiones. De esta manera se puede pensar a los sistemas de salud como el conjunto de combinaciones que admite la intersección de tres conjuntos: a) uno político al que llamaremos aquí modelo de gestión, b) uno económico al que llamaremos de financiación, c) y el ultimo, técnico, el cual se nombrará modelo de atención

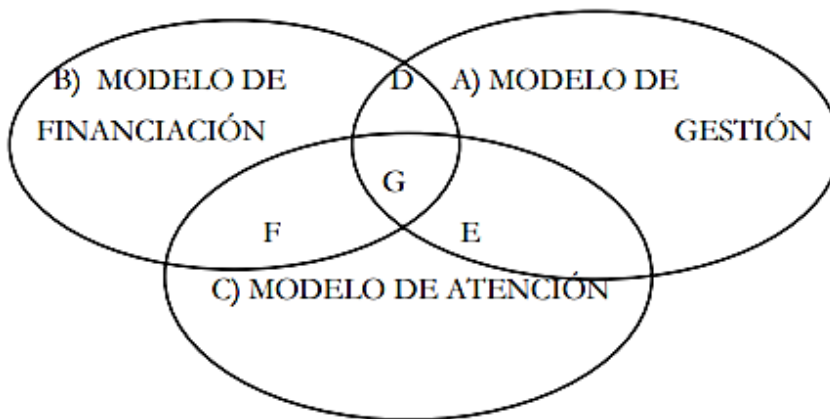


Figura 2. Componentes de un sistema de salud. Fuente. (Tobar, 1995. pág 14).

Por otra parte el Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, de la autora Joana Abrisketa, define el sistema de salud como:

Conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado sistema sanitario, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud, son modelos del funcionamiento de la atención de la salud, estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país (Abrisketa y Pérez de Armiño, 2000)

Es así como desde la perspectiva de la sociología, según lo expuesto en Schiavone y Ríos, (2013) se ha definido al sistema de salud como: “el conjunto de mecanismos sociales cuya función es la transformación de recursos generalizados en productos especializados en forma de servicios sanitarios de la sociedad (pág. 42).

Nuevamente la OMS afirma que un sistema de salud:

Abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención sanitaria en cambio son las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos.

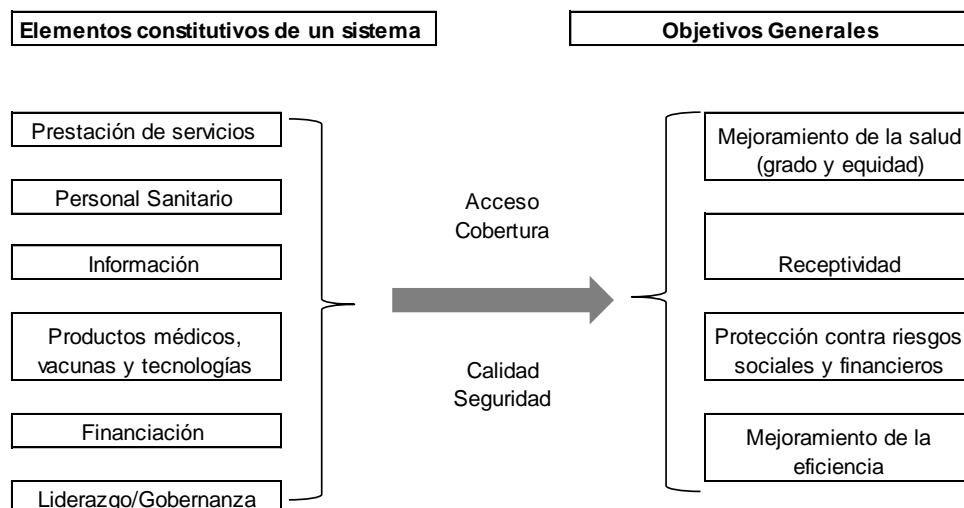


Figura 3. Marco de la OMS relativo a los sistemas de salud. Fuente. Elaboración propia a partir de datos de Pan American Health Organization.

Por otro lado en Blanco Restrepo y Maya Mejía (2013) los autores realizan una aclaración donde:

Se tiende a remplazar el concepto de sistema de salud por el de sistema de servicios de salud, ya que la salud es un concepto muy amplio y resultante de una acción global, intersectorial, lo cual hace muy difícil su ordenamiento sistémico. De ahí que sea más fácil hablar de sistemas de servicios de salud haciendo referencia a todos aquellos elementos que forman parte del sector salud y que pueden organizarse de tal forma que confluyan a lograr el mantenimiento de la salud de la población donde se organizan. Son sistemas artificiales, creados por el hombre, para tratar de organizar la realidad de tal forma que se optimicen los recursos y esfuerzos en la obtención en la forma más alta de la finalidad planteada (Blanco Restrepo y Maya Mejía, 2013).

De la anterior explicación y siguiendo a los autores, estos plantean que un sistema de salud es un conjunto ordenado de instituciones, personas, legislación y procedimientos que

articuladamente confluyen a un objetivo, es decir, en esencia consolidar un mejor nivel de salud de una comunidad determinada; siendo esta una noción que se ajusta a la definición de sistema propuesta por Schiavone y Ríos, (2013), donde se concibe como un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad, siendo un conjunto o combinación de cosas o partes que forman un todo complejo o unitario.

Concluyendo, se considera que el sistema de salud debe ser entendido como un conjunto, un todo, que se encuentra en cabeza del Estado y donde intervienen múltiples factores, entendidos como: las instituciones, los agentes intervinientes y las relaciones jurídicas que de su interrelación se causan. Todo esto, con el cometido de garantizar el derecho fundamental a la salud; haciendo indispensable cada componente en la multiplicidad de los procesos.

Seguridad social

Historia y conceptualización.

La introducción de la maquinaria en la revolución industrial, trajo consigo las consideraciones de los riesgos laborales a los que se exponían los trabajadores, teniendo en cuenta las implicaciones que traía tanto para las empresas como para los empleadores no prevenirlos, pues de garantizar una seguridad a sus trabajadores obtendrían una mayor eficiencia económica y mejorarían la relación entre empleadores y empleados.

Al hablar de seguridad social se destacan dos sistemas, como lo expone el instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM en el trabajo "Principales modelos de seguridad social y protección social" (2006), de los sistemas se exploran sus orígenes y sus generalidades, donde: el primero se desarrolla en Alemania por el canciller Otto von Bismarck, y el segundo se desarrolla en el Reino Unido por Lord Beveridge; ambos sistemas al día de hoy siguen siendo las bases para la creación de nuevos modelos de seguridad social. "De ahí que resulte

fundamental tenerlos presentes, ya que de alguna manera el futuro de la seguridad social y la protección social sigue transitando por sus ideas.

a) Modelo Alemán

A finales del siglo XIX en Alemania el canciller Otto von Bismarck, trajo consigo la creación de un sistema que se caracteriza por ser de régimen contributivo dirigido solo a la población trabajadora. El sistema concebido por Bismarck constituye uno de los grandes modelos de la seguridad social, que desde un enfoque socialista, busca generar a través de la ley mayores beneficios al colectivo por parte del estado. Este modelo se basa en una relación bilateral entre el empleador y sus empleados, para la cobertura médica y financiera en caso de generarse un accidente laboral, que repercuta en una incapacidad parcial o general, una pensión de invalidez o bien por vejez, sobre esta relación se acuerda que por una contribución versada por el asegurado, el empleador debe darle una indemnización en caso de sufrir alguno de los riesgos cubiertos. La estructura plasmada en el modelo de Bismarck es basado en la compilación y síntesis de tres leyes estipuladas en el marco legal de Alemania.

- La ley de seguro de enfermedad propuesta el 15 de junio de 1883 fue la primera vez en que los principios básicos del seguro de enfermedad se codificaron en una sola ley, en la cual determinaron las proporciones en las que se debían entregar los aportes por parte de los empleadores (1/3) y de los empleados (2/3).
- La ley de 1884 sobre accidentes de trabajo estableció que los patronos debían cotizar obligatoriamente a las cajas para cubrir la invalidez permanente provocada por accidentes en un trabajo. En donde por incapacidad total, el trabajador percibiría una renta equivalente al 66% de un salario, y en el supuesto de que falleciera, la viuda cobraría un 20% más el 15% por cada hijo menor de quince años.

- La ley de 1889 instituyó un primer sistema obligatorio de jubilación. La pensión se concedía a los setenta años, y su cuantía era proporcional al número de cotizaciones realizadas por el empleado.

Esas tres leyes permitieron que en Alemania surgiera por primera vez un sistema de protección obligatoria. Por otro lado, a partir de 1891 se aprobaron normas que establecían que la jornada laboral máxima fuese de once para los hombres y diez horas para las mujeres y los niños respectivamente, así como la prohibición del trabajo nocturno, para ambos grupos.

b) Modelo Inglés

En Inglaterra a finales del siglo XIX se inició a legislar en materia de la seguridad social, iniciando en 1897 con una ley de indemnización de trabajadores, ley que solo se aplicaría a un número limitado de trabajadores. Esta ley fue evolucionando a través de los años y en primera instancia ampliando su cobertura frente la indemnización al público general, posteriormente se promovió la obligatoriedad del seguro sanitario obligatorio, hasta alcanzar la primera ley que acordó pensiones contribuyentes para ancianos, viudas y huérfanos en 1925.

El 10 de Junio de 1941, el gobierno inglés creó una comisión interdepartamental para la seguridad social y servicios afines, cuya tarea principal era estudiar y promover las medidas necesarias para el funcionamiento óptimo de todos los aspectos del seguro social y servicios afines. En un primer análisis se pudieron percibir tres grandes deficiencias sobre el sistema de seguridad social planteado en el momento:

1. La limitación legal y económica de las personas que trabajaban por modelos diferentes al de prestación de servicios por medio de un contrato.
2. El límite de remuneración que adquirirían empleados con necesidades económicas superiores por la contraparte de sus aportes.

3. La descoordinación administrativa y logística por parte de los servicios existentes.

De acuerdo con ese análisis la comisión interdepartamental para la seguridad social estructura el plan de seguridad social en donde define el término de seguridad social como la consecución de un ingreso destinado a reemplazar las entradas, cuando estas dejan de percibirse, sea por desocupación, enfermedad o accidente. Teniendo como base la seguridad social el plan se integra por seis principios fundamentales que son:

1. Tasa fija de beneficio de existencia
2. Tasa fija de contribución
3. Unificación de la responsabilidad administrativa
4. Adecuación en cantidad de beneficios y tiempo
5. Extensión o alcance del seguro
6. Clasificación de las personas

De acuerdo con estos principios podemos ver cómo Beveridge consolidó sobre la seguridad social una prestación que se obtuviese a cambio de contribuciones únicas y uniformes, independientemente del nivel de renta de la persona asegurada, y que, ese fondo para la retribución de prestaciones sociales estaría constituido por contribuciones de los asegurados, los patrones y el Estado. Con este modelo se inició el principio contributivo de la seguridad social. Es importante aclarar que el modelo diseñado por Beveridge no fue de su invención ni fue revolucionario; este diseño fue innovador, pues consistió en la coordinación de diferentes métodos ya conocidos que habían sido utilizados de manera separada. La integración de métodos y de coberturas convergió en un servicio nacional de salud para el conjunto de la población.

Tabla 1.

Modelo Bismarck vs Beveridge

Modelo de Bismarck	Modelo Beveridge
1. La cobertura depende de la condición laboral del individuo	1. Tendencia hacia la universalización
2. Se caracteriza por un régimen de seguros múltiples	2. Se basaba en la unificación de los riesgos, la protección deriva de la situación genérica de necesidad
3. La financiación depende de las contribuciones del asegurado, del empleador y en ocasiones del estado	3. La financiación depende en su mayoría del presupuesto del estado
4. Hay una administración diferenciada de cada riesgo, e incluso de los colectivos asegurados	4. Se busca una gestión administrativa unificada y publica

Fuente: elaborado por los autores a partir de: "Principales modelos de seguridad social y protección social" (2006)

Capítulo dos: nacimiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia

Análisis normativo

Mucho se ha hablado con respecto a los orígenes de la seguridad social en salud en Colombia y desde una percepción normativa se puede delimitar en tres momentos históricos, los cuales en este trabajo de investigación serán tomados de la misma forma con un enfoque más amplio en cuanto a las normas que dieron su nacimiento.

a) **Modelo Higienista**

Tiene una delimitación entre 1886 y 1947; período nombrado según (Galán, 1990) como el Modelo Higienista iniciando con la expedición de la Constitución Política de 1886 la cual “establece un nuevo marco jurídico de carácter centralista, que va a servir de fundamento, entre otras cosas, para la organización de la salubridad pública como una función del Estado. Como consecuencia de lo anterior se promulga la Ley 30 de 1886, por la cual se crea la Junta Central de Higiene” (Frenk, 2001), definiéndose por primera vez una estructura estatal encargada de los problemas de salud de la población y culminando con la creación del Ministerio de Higiene en el año 1946.

La Constitución de 1886, no hacía referencia al tema de la salud específicamente, solo en la reforma del 36 se viene a hablar de ella, la cual estaba contenida en el artículo 19, así: “Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra y bienes, y asegurar el respeto recíproco de los derechos naturales, previniendo y castigando los delitos”. Donde se incorpora el concepto de la asistencia pública como función del Estado, la cual “debería prestarse a quienes careciendo de medios de subsistencia y del derecho a exigirla de otras personas estuvieran físicamente incapacitados para trabajar, y atribuía al legislador la facultad de establecer los casos en que

el Estado debía concederla directamente”. (T-533, 1992, pág. 4) Este artículo marca un inicio del derecho a la salud en Colombia; sin embargo, esta norma tenía un carácter general y su aplicación por parte del Estado era de manera subsidiaria puesto que eran los particulares quienes en primera instancia cubrían las prestaciones sanitarias del momento; para ese entonces los trabajadores tenían derecho a la salud por el simple hecho de trabajar, mientras que aquellas personas que carecieran de trabajo o medios para combatir las enfermedades eran intervenidas bajo el concepto de beneficencia pública, la cual era prestada por la iglesia. La ascendiente corriente ilustrada del siglo XVIII, despliega a partir del impresionismo religioso, la forma de planear la economía, el poder y la organización social; siendo así, la iglesia precursora de la beneficencia en Colombia.

Pero, con el pasar de los años, se produjeron variables en la sociedad benéfica, trasladándose ésta, al pensamiento del interés común, porque fue necesaria la intervención del Estado para su financiamiento, hallando dos tipos de asistencia social: la asistencia pública por parte del Estado y la asistencia privada, desarrollada por los ricos y la iglesia. Es por esto que ante la postura de diversos autores, existen dos tipos de asistencia social, la primera lleva a cada individuo de acuerdo con sus medios, a aliviar las injusticias que ve en torno suyo, el cristianismo hizo de ello una virtud divina y la llamó caridad. La segunda menos instintiva y más razonada, menos emocional y más poderosa, lleva a la sociedad a preocuparse por sus individuos y está presta a aliviar sus sufrimientos. Este tipo de asistencia nace del protestantismo y sólo se ha desarrollado en las sociedades modernas.

En la década de los 40 para el año 1944 cuando bajo la administración del presidente Alfonso López Pumarejo, y tras un intento fallido de golpe de estado,

le encomendó a su ministro de trabajo Adán Arriaga Andrade la elaboración de un decreto de estado de sitio, que regulara el derecho del trabajo. Fue así como se expidió

el decreto 2350 de 1944, piedra angular del derecho laboral individual y colectivo, de la seguridad social, del derecho procesal del trabajo y del administrativo laboral colombiano (Rodríguez Mesa, 2013, pág. 44).

El Decreto 2350 de 1944, de la Presidencia de la República de Colombia, (1944) . Tenía en consideración que los compromisos internacionales adquiridos por la República la obligan a no aplazar por más tiempo la modernización de sus estatutos de trabajo y en su artículo 8°:

Mientras se organiza el seguro social obligatorio, corresponderán también al patrono, además de las que le impongan leyes especiales o convenciones de trabajo, las siguientes indemnizaciones o prestaciones para con sus trabajadores, ya sean empleados u obreros:

a) Las indemnizaciones por accidentes de trabajo, en proporción al daño sufrido y de conformidad con la tabla de valuaciones que el Gobierno promulgue, hasta por el equivalente del salario en dos años, además de la asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria a que haya lugar Para estos efectos, se entiende por accidente de trabajo, toda lesión orgánica o perturbación funcional que afecte al trabajador en forma transitoria, permanente o definitiva, motivada por un hecho imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, siempre que la lesión o perturbación no sea provocada deliberadamente, o por falta grave e intencional de la víctima.

b) Las indemnizaciones por enfermedades profesionales, en proporción al daño sufrido y hasta por el equivalente del salario en dos años, además de la asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y hospitalaria a que haya lugar Para estos efectos se entiende por enfermedad profesional la adquirida por razón y con motivo del trabajo, con excepción de las enfermedades endémicas en la respectiva región o de las

epidemias, que provoque en el organismo una lesión o perturbación funcional, transitoria, permanente o definitiva, originada por agentes físicos, químicos o biológicos. En este caso, y en el de accidentes de trabajo, cuando los riesgos hayan podido prevenirse razonablemente por parte del patrono, con adecuadas medidas de seguridad, el valor de la indemnización se descontará del monto de la condenación ordinaria por perjuicios.

c) Los gastos indispensables de entierro, en los casos de muerte por accidentes de trabajo, o por enfermedades profesionales.

d) El auxilio por enfermedad no profesional, hasta por ciento veinte días, así: las dos terceras partes del salario, durante los primeros sesenta días de incapacidad, la mitad para los treinta días siguientes, y la tercera parte para el tiempo restante.

Para inicios del año 1945 se comienza a hablar de las prestaciones sociales las cuales se encuentran definidas en las disposiciones contempladas en la Ley 6° de 1945 (Ley General del trabajo) Sección II como prestaciones patronales tales como accidentes de trabajo, enfermedad, auxilio funerario, vacaciones y cesantías las cuales eran cubiertas por parte del empleador, y a su vez esta ley realizaba una división en relación con trabajadores del sector privado y los del sector público empleados y obreros Nacionales.

Artículo 12, sector privado “Mientras se organiza el seguro social obligatorio, corresponderán al patrono las siguientes indemnizaciones o prestaciones para con sus trabajadores, ya sean empleados u obreros.”(Congreso de la República de Colombia, 1945).

Con el sector público el Artículo 18, consagró:

El Gobierno procederá a organizar la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales, a cuyo cargo estará el reconocimiento y pago de las prestaciones

a que se refiere el artículo anterior. La organización de esta entidad se hará por el Gobierno antes del 1 de julio de 1945.

Por motivo de esta ley, se da la creación de CAJANAL, establecimiento de naturaleza pública y adscrito al Ministerio de Trabajo, que tenía como objeto prestar la seguridad social, en favor de los empleados del sector público, en dos frentes primordiales: de una parte el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas, y de otra, la atención médico asistencial para el usuario y sus beneficiarios (Redacción el Tiempo, 1996).

De modo accesorio, se expide la ley 90 de 1945, por medio de la cual se crea el Instituto Colombiano de Seguridad Social (ISS); comenzando a esgrimir la idea de la seguridad social, como una agrupación de carácter general, que abordaba la salud, las pensiones y los riesgos profesionales, pero solo de los trabajadores, esta ley se encontraba muy marcada bajo el ideal de las leyes de seguro obligatorio dadas por el alemán Bismarck, autores como Gerardo Arenas Monsalve consideran que

El Instituto Colombiano de Seguros Sociales fue constituido como una entidad autónoma de derecho social, con personería jurídica, patrimonio propio distinto de los bienes del estado e independiente del mismo. De estas características se derivaron varios aspectos importantes: la vigilancia y control le fue asignada a la Superintendencia Bancaria; la calificación de entidad de derecho social permitió considerar que sus trabajadores se asimilaban a los particulares y que tenían plenos derechos de negociación colectiva, pese a que hubo diversas tesis sobre el particular al interior del Consejo Directivo (Arenas Monsalve, 2013).

En 1946 con las cajas de previsión social, aparecen unos regímenes especiales (magisterio, Ecopetrol etc.), en esta época no se puede hablar de un sistema como tal de seguridad social dado que estas normas eran de carácter general, y no existía un sistema, como una integración

en un solo cuerpo normativo y finalmente se crea el Ministerio de higiene por la ley 27 de 1946 entrando en vigencia el 09 de enero de 1947, el cual era destinado a la protección de la asistencia sanitario y la destinación de medidas higiene pública y privada junto con la consolidación de la carrera de higienista creada en el artículo 5 de la presente ley.

b) Sistema nacional de salud

En 1973 se empieza hablar del Sistema Nacional de Salud (SNS), con un período histórico hasta 1990, el cual se encontró reglamentado en el decreto 350 de 1975, en este punto el ISS empieza a administrar todo el sistema de salud con el Ministerio de salud, el SNS fue definido como

El conjunto de entidades, instituciones y dependencias que forman parte de la estructura de la administración pública y las personas naturales o jurídicas con o sin ánimo de lucro que tenía como finalidad específica procurar la salud de las personas, de la familia y de la comunidad, en los aspectos de promoción prevención, asistencia y rehabilitación (Galán, 1990).

Sus principales funciones radicaban en la construcción de políticas públicas que regularan el sistema, la formulación de un plan de salud que respondiera a las necesidades de la población trabajadora y la vigilancia y control de las entidades que constituyeron el sistema; sin embargo empieza a haber un desfinanciamiento por burocracia y corrupción que genera una crisis en la prestación de los servicios de salud.

Ante lo anterior se genera una reforma muy importante por la ley 10 del 90, la cual descentraliza la administración del sistema de los servicios seccionales a las gobernaciones y municipios, procura una nueva refinanciación del sistema, los hospitales y centros de salud pasan a ser administrados por sus propias juntas directivas, y se empieza a considerar la salud como un Servicio Público. Esta ley constituye la base de la reforma del 93.

c) **Sistema de seguridad social integral SSSI**

El sistema de seguridad social integral (SSSI), tiene su concepción histórica en la ley 100 de 1993 donde se establece en su preámbulo que la Seguridad Social es

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Consecutivamente el artículo 1 establece 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 afecten.

El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro.

El sistema general de seguridad social en salud se encuentra en el libro segundo de la mencionada ley sin que ella contemplara una definición de este sistema, no obstante su construcción se genera a partir del artículo 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia, en los cuales se consideran que ambos sistemas están orientados a “asegurar el bienestar y la integralidad de sus asociados y proteger la vida y la salud de estos y sus respectivos núcleos familiares” (Cortes Hernandez, 2011).

Es así como el sistema de salud es conformado por diferentes actores, los cuales hacen parte de los organismos de vigilancia y control, los organismos de administración y financiación, las instituciones prestadoras de servicios de carácter público, mixtos o privados, los afiliados al sistema, y los demás que se encuentren contemplados en el artículo 155 de la presente ley.

La corte constitucional estableció en la SU – 508 de 2001:

(...)El sistema colombiano de seguridad social integral es un sistema de corte mixto que recoge de los clásicos modelos alemán (de Bismark) y británico (de Beveridge). Es un sistema público que tiende a la universalidad, causalista, de financiación diversa y con regímenes plurales. No se puede confundir sistema de seguridad social en salud con los regímenes que la integran. El sistema es una política y el régimen es un mecanismo. El sistema de seguridad social en salud cuenta con dos regímenes diferentes mediante los cuales se puede acceder al servicio: a.) El régimen contributivo, al cual pertenecen las personas vinculadas laboralmente tanto al sector público como al privado y sus familias, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago; y b.) el régimen subsidiado, al cual se afilia la población más pobre del país.

El Estado está obligado a prestar el plan de atención básica en salud y las EPS, especialmente deben prestar el plan obligatorio de salud y el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado. De ahí que se permite la existencia de las Entidades Promotoras de salud, de carácter privado, que prestan el servicio por delegación que el Estado hace.

Capítulo tres: reforma en la seguridad social: constitución de 1991

Ley 100 de 1993

Con la constitución de 1991 se define un ordenamiento jurídico, institucional y social diferente, con una concepción de protección a las garantías de las personas, la cual tiene una repercusión en todo el campo de la seguridad social dado que el individuo se encuentra sobre todas las cosas; en el artículo 49 de la Constitución Nacional se habla entonces de una seguridad social ya como sistema, como servicio público, y conceptualiza la salud que deja de ser prestada en un estado de beneficencia pública a un derecho de carácter prestacional.

Colombia Presentaba para los primeros años de la constitución una deficiente cobertura en salud, toda vez que la misma estaba pensada solo para la clase trabajadora y tan solo llegaba a un 24% de los colombianos, “Mientras que el 47% del quintil más rico estaba cubierto, éste porcentaje caía a sólo 4,3% para el quintil más pobre (Ver figura 4)

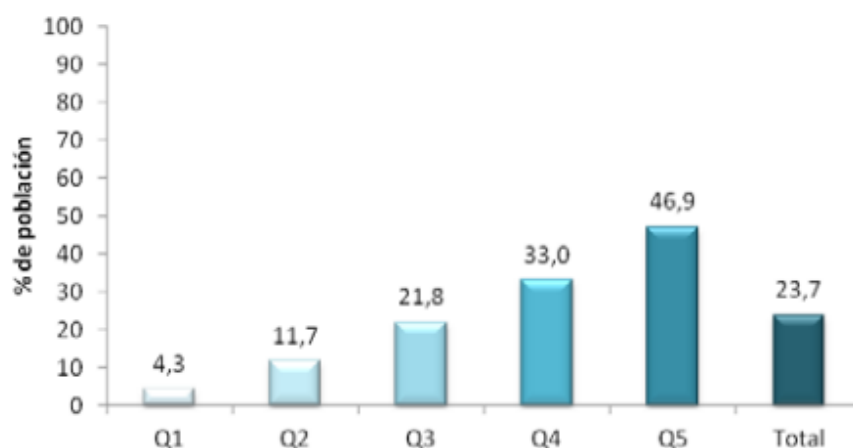


Figura 4. Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso. Fuente. (Gaviria, 2014)

Esta inequidad se traducían en una menor posibilidad de recibir atención y en un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992 el

33,2% de la población más pobre (quintil 1) no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos, quintil 5 (Ver figura 5).

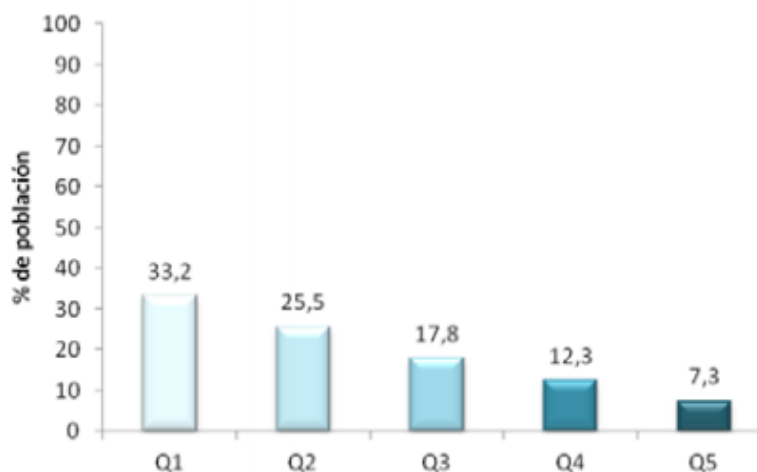


Figura 5. Porcentaje de ausencia de atención médica en caso de enfermedad. Fuente. (Gaviria, 2014)

Por ende el sistema de salud debía ser reformado y el mandato constitucional fue desarrollado por la ley 100 del 93, el cual estructura un sistema de seguridad social más allá de un modelo de seguros obligatorios que se venía trabajando en el Sistema Nacional de Salud y contempla el derecho a la salud basado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, siendo un servicio público de carácter obligatorio, con una dirección, vigilancia y control por parte del Estado así como las demás entidades que hicieran parte del nuevo sistema.

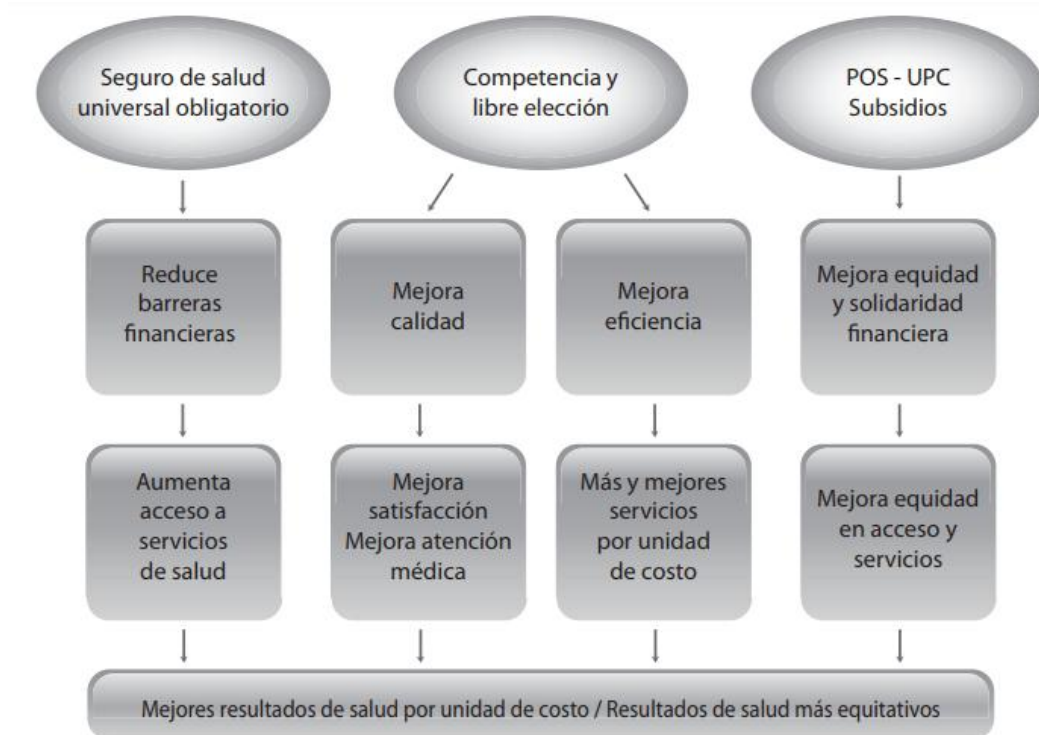


Figura 6. Ley 100 de 1993, modelo teórico. Fuente. Tomado de J. Yepes, Ramírez, Sánchez, Ramírez, y Jaramillo (2010, Pág. 22)

Características generales de la ley 100:

1. Sistema integrado de instituciones, normas y procedimientos.
2. Busca una universalidad, que es propio de los sistemas de seguridad social, y la cobertura total de las necesidades del individuo en todas las etapas de la vida.
3. Participación de los particulares en el sistema de seguridad social, con vigilancia del Estado. Por lo que se empieza a hablar de un equilibrio financiero pues estos particulares tienen una expectativa de ganancia. Todo esto debido a que el Estado demostró su ineficiencia para ofrecer el servicio.
4. Se acaban los regímenes especiales, y pasa a ser solo 2, a un régimen contributivo (capacidad de pago) y uno subsidiado (no tiene capacidad de pago), y otros que son los vinculados (indigencia y extrema pobreza)

5. La forma de financiación varía porque ya vienen conceptos como los pagos, las cuotas moderadoras y las cotizaciones y los recursos que el Estado le gira a la salud.
6. Es un modelo de aseguramiento, la forma de funcionar del sistema es muy parecida al contrato de seguro privado a pesar de ser un tema público, donde las EPS vienen a cumplir la función de la aseguradora.

La ley 100 del 93 contempla la siguiente estructura:

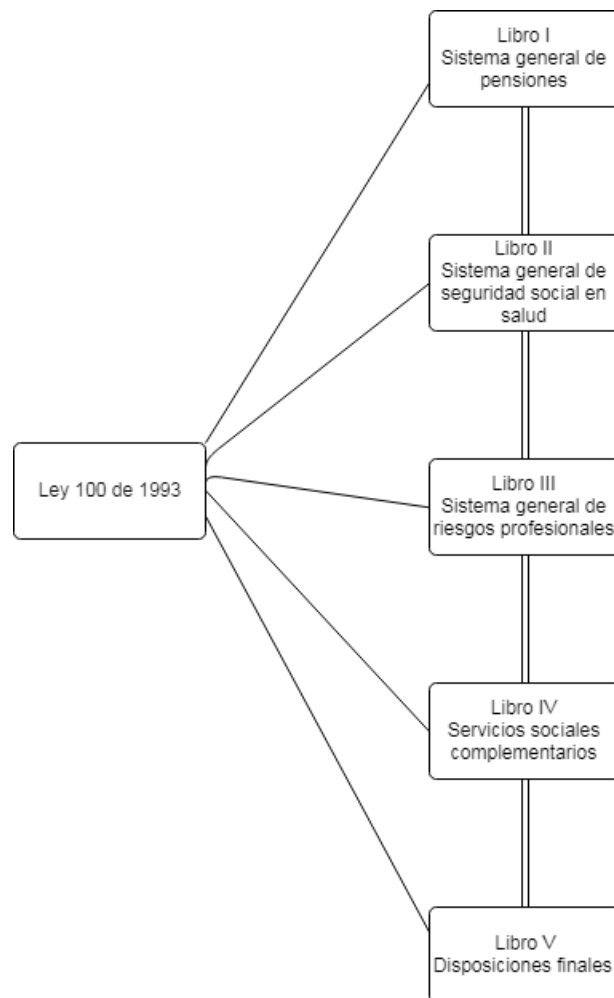


Figura 7. Estructura SSSI. Fuente. Elaboración propia

Actores del sistema de seguridad social en salud

Los integrantes o actores del Sistema de Salud son quienes conforman su estructura organizacional. Están definidos en el artículo 155 de la Ley 100 de 1993, de los que se pueden destacar los siguientes:

Entidades de dirección, vigilancia y control.

- a) *Ministerio de Salud y de Protección*** : es el órgano de dirección del sistema general y por ende el rector del sistema de seguridad social en salud, es el encargado de la dirección, coordinación, ejecución, y control del sistema protección social, se debe entender involucrado también todo lo concerniente al tema de la salud, el ministerio de la protección tiene a su vez un sub ministerio en salud que se encarga de la dirección de todas las políticas en salud, en todas aquellas normas donde se identifique a la nación como obligada se debe entender como estado al ministerio de protección social.
- b) *comisión de regulación en salud***: en la norma original es el consejo nacional de seguridad social en salud, la CRES fue creada por la ley 1122 y es una unidad especial administrativa con personería jurídica con autonomía administrativa que tiene por función principal la elaboración de los planes de beneficio, el ministerio dirige y la CRES ejecuta, define todo lo concerniente a los pagos moderadores, al reconocimiento de la UPC o unidad por capitación es el valor que se les reconoce a las eps por la administración del sistema y el servicio de los usuarios, tiene la función de promover leyes relacionadas con el sistema de salud, es decir que este organismo viene a manejar y desarrollar que es POS y que no es POS.
- c) *Superintendencia nacional de salud (súper salud)***: es la entidad que ejerce la vigilancia, inspección y control en el sistema de seguridad social en salud, su creación

es anterior a la ley 100, con posterioridad se le han atribuidas más funciones de vigilancia y control, es una entidad que vigila las EPS, impone sanciones de tipo económico, realiza auditorías a todo lo concerniente a la administración y funcionamiento de las entidades promotoras de salud.

Entidades de coordinación, financiación y administración

- a) Entidades promotoras de salud (eps):* tiene como función principal la administración del sistema de seguridad social en salud tanto en el régimen contributivo como el subsidiado, es una especie de aseguradora, una administradora entonces:
- Afilian a los usuarios.
 - Recaudan las cotizaciones.
 - Administra los planes de servicios (POS).
- b) Instituciones prestadoras de servicios de salud (ips):* son las que realmente prestan el servicio asistencial, las clínicas, los hospitales, el medico individualmente hablando, las IPS pueden ser propias de las EPS como también puede ser una IPS adscrita, tener varios contratos con varias EPS, las EPS en principio debe garantizar su servicio con sus IPS propias o con aquellas que tiene convenios.
- c) FOSYGA:* el fondo de solidaridad y garantías está definido en la ley como un órgano de financiación, no es un órgano porque es un patrimonio autónomo adscrito al ministerio de la protección social, es administrado a través de una fiducia en la que actualmente participan los grandes grupos financieros, tiene varias subcuentas con las cuales financia distintos sectores del sistema de salud, una cuenta para accidentes de tránsito y eventos terroristas que es la

cuenta ECAT, tiene una subcuenta de solidaridad con la cual financia todo el régimen subsidiado, está la subcuenta del régimen contributivo que se supone es con la que se pagan todas las prestaciones no POS o excluidas del POS.

Afiliados.

Son los beneficiarios del sistema de salud, el afiliado es propiamente el que tiene el vínculo con la EPS, y hay dos clases de afiliados en el régimen contributivo y son los cotizantes (aporta) y los beneficiarios (grupo familiar), implica que un cotizante puede tener afiliado a su grupo familiar que se compone de cónyuge compañero permanente, sus hijos, y en algunos casos hermanos y padres.

Régimen contributivo.

Son afiliados al régimen contributivo todas aquellas personas residentes en Colombia, aquellas personas que ejerzan una profesión o tengan sus negocios en Colombia sin importar su nacionalidad están llamados a pertenecer al sistema de salud de manera obligatoria.

Las eps pueden exigir un examen médico para el ingreso de una persona al sistema todo esto en virtud del principio de obligatoriedad, lo que si hacen normalmente es un cuestionario de salud con el fin de conocer las patologías existentes y poder trabajar en el tratamiento de esas enfermedades. Quienes son afiliados al sistema (Decreto 806 de 1998).

La ley trae un listado:

- 1- Los que tienen capacidad de pago: son afiliados al régimen contributivo:
 - Personas nacionales o extranjeras regidas por contrato de trabajo.
 - Servidores públicos
 - Pensionados por el sector público o privado sin importar su clase.
 - Trabajadores independientes, rentistas y en general aquellos que no tienen un contrato de trabajo.
 - Cónyuges o compañeros permanentes no incluidos en el régimen de salud y que reúnen unas características especiales.
- 2- Beneficiarios:
 - Cónyuge
 - Compañera permanente
 - Hijos
 - En algunos casos los padres y hermanos.

Régimen subsidiado.

Tiene como finalidad vincular y garantizar la cobertura de asistencia en salud a la población de carácter vulnerable, quienes no cuentan con capacidad de pago y mediante subsidios otorgados por el Estado manejados a través del Fondo de Solidaridad y Garantías del sistema (FOSYGA) en una de sus subcuentas, denominada, subcuenta de solidaridad, estructurada en un (1.5%) + el aporte de estado (1%) + el aporte de entidades territoriales (1%). En este régimen corresponde a los alcaldes y gobernadores clasificar la población beneficiada con el SISBEN el cual arroja los siguientes beneficiarios

- Ordinario: ingresa directamente a los servicios de nivel 1y2
- Especial: madres comunitarias, indígenas, empleados domésticos
- Vinculados: son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado que aún no se les ha dado cobertura.

Regímenes excepcionales o especiales de salud.

Es importante resaltar que, de avenencia con el artículo 15 de la Ley 100 de 1993, numeral 1, son afiliados obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud "todas aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, salvo las excepciones previstas en esta ley".

La excepción a esa norma está comprendida en el artículo 279 de la citada ley que al corolario fija:

El Sistema Integral de Seguridad Social contenido en la presente ley no se aplica a los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto-Ley 1214 de 1990. Con excepción de aquel que se vincule a partir de la vigencia de la presente ley, ni a los miembros no remunerados de las corporaciones públicas.

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989, cuyas prestaciones a cargo serán compatibles con pensiones o cualquier clase de remuneración. Este Fondo será responsable de la expedición y pago de los bonos pensiona/es en favor de educadores que se retiren del servicio, de conformidad con la reglamentación que para el efecto se expida".

Dichas excepciones al sistema integral de seguridad social, tienen la connotación de regímenes prestacionales especiales, los cuales deben ser considerados, según lo planteado por la corte constitucional, como:

Un conjunto normativo que crea, regula, establece y desarrolla una serie o catálogo de prestaciones a favor de un grupo social determinado que, a pesar de tener su origen en un derecho general o de mayor entidad, goza de una regulación propia, en virtud de ciertas características individuales que le dotan de plena singularidad. (Corte Constitucional, 2004)

La vigencia de un régimen exceptuado de seguridad social, involucra el impedimento de subyugar a sus favorecidos al régimen normativo general, es decir, la ley 100 de 1993. Todo esto, en búsqueda de propender por la igualdad material, la justicia social y la equidad, a través de medidas de protección superiores previstas en la Constitución Política de Colombia, así como lo consagra el artículo 150, numeral 19, literal E, de la Carta Magna. Algunos de los regímenes exceptuados son los siguientes:

Miembros de la fuerza pública

En primer lugar, se debe advertir que la exención de los miembros de la Fuerza Pública del Sistema Integral de Seguridad Social en Salud se halla conforme a la Constitución Nacional, ya que, como se dijo anteriormente, el legislador está facultado legalmente para establecer excepciones a las normas generales, siempre y cuando estén razonablemente justificadas; con cimiento en los artículos 150, 217 y 218 de la Carta Política, las fuerza

pública tiene derecho a un régimen prestacional diferenciado, debido al constante riesgo que cubija la función pública que asisten y despliegan.

No obstante, a través de los años se ha generado un debate en pro y en contra de los regímenes prestacionales especiales, pero la Corte Constitucional se ha manifestado, resaltando la importancia de la existencia de prestaciones especiales a favor de los miembros de la fuerza pública, tal es el caso de la sentencia C-432 de 2004, en la cual se estipula que:

La existencia de prestaciones especiales a favor de los miembros de la fuerza pública, lejos de ser inconstitucionales, pretenden hacer efectivos los principios de igualdad material y equidad, a partir del establecimiento de unas mejores condiciones que permitan acceder a un régimen pensional más benéfico en tiempo, en porcentajes o en derechos, en aras equilibrar el desgaste físico y emocional sufrido durante un largo período de tiempo, por la prestación ininterrumpida de una función pública que envuelve un peligro inminente.

En este orden de ideas, expuestas prestaciones resultan moderadas y convenientes si asientan equiparar a los sujetos de la fuerza pública con los servidores del Estado, reponiendo la consunción física y emocional a que se avasallan los militares y policías, en razón de sus servicios.

Fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio

La ley 91 de 1989 creó el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio como una cuenta especial de la Nación, sin personería Jurídica, con independencia patrimonial, cuyos recursos son manejados por una entidad fiduciaria estatal o de economía mixta. Tiene como finalidad primordial la eficaz administración de los recursos de la cuenta especial de la Nación, esto es, la administración de los recursos de la seguridad social de los maestros colombianos.

Entre las funciones del Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio podemos encontrar:

- Efectuar el pago de las prestaciones sociales del personal docente afiliado:
- Garantizar la prestación de los servicios médico asistenciales, para lo cual contratará en cada entidad territorial la prestación de dichos servicios.
- Llevar los registros contables y estadísticos para determinar el estado de los aportes y el estricto control del uso de los recursos y constituir una base de datos de docentes afiliados, con el fin de cumplir todas las obligaciones que en materia prestacional deba asumir el Fondo, que además pueda ser usada para consolidar la nómina y preparar el presupuesto en el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.
- Velar por que los empleadores (Entidades Territoriales y/ o la Nación) cumplan en forma oportuna con los aportes que le corresponden y transfiera los aportes de los docentes.
- Velar para que las entidades deudoras del Fondo, cumplan oportunamente con el pago de sus obligaciones. (Sánchez, 2013)

Son beneficiarios de este régimen, según el artículo 1 de dicha ley, los docentes vinculados por nombramiento del Gobierno Nacional y docentes vinculados por nombramiento de entidad territorial, quienes serán clasificados en personal nacional o territorial.

Empresa Colombiana de Petróleo. (ECOPETROL)

La Empresa Colombiana de Petróleos "ECOPETROL" es una sociedad de economía mixta, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonial, en la cual existen dos regímenes laborales a saber: La Convención Colectiva de trabajo que cobija a los trabajadores sindicalizados y el Acuerdo No. 1 de 1977, aplicable al personal directivo,

técnico y de confianza que voluntariamente se adhiera a él. (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996)

Esta excepción prestacional cobija a los trabajadores, en especial, a los pensionados de la empresa de petróleos; lo anterior, tuvo su fundamento en “una Convención Colectiva de Trabajo que contiene, en muchos aspectos, beneficios y condiciones extralegales superiores a los que rigen para los demás servidores del Estado”. (Superintendencia Financiera de Colombia, 1996) En efecto, era ineludible salvaguardar los derechos conquistados por los beneficiarios de esta, osados ante la vigencia de la ley 100 de 1993.

La particularidad de este tratamiento respeta el supuesto de un régimen laboral, a través de la Asociación Nacional de Pensionado de Ecopetrol, fruto de la negociación colectiva, cuyo estudio constante permite detectar ventajas y provechos superiores a los incluidos en la ley como mínimo imperativo.

Mediante el acto legislativo 001 de 2005, se modificó el artículo 48 de la Constitución Política, prohibiendo los regímenes especiales de pensión, a partir del 31 de julio de 2010, exceptuando los aplicables a la fuerza pública y al Presidente de la República.

Ley estatutaria 1751 de 2015.

La salud como derecho fundamental es una concepción parcialmente nueva en nuestro país, pues la salud se consideraba un derecho prestacional, es decir, un servicio público, que para su debida tutela debía tener conexión con el derecho a la vida y la dignidad. Para que esto fuera una certeza era ineludible una progresión normativa, doctrinal y jurisprudencial a lo largo de la historia, tales como: La sentencia T-859 (2003) la cual distingue. “La salud como un derecho que se estima fundamental y que comprende el disfrute del más alto nivel posible de salud, que le permita vivir dignamente”. Luego, se dicta la sentencia T-760 (2008)

donde se ratifica. “El derecho a la atención en salud como un derecho fundamental autónomo”.

De igual manera, la Ley Estatutaria tomó algunos compendios del derecho internacional para resaltar la calidad de la salud como derecho fundamental. De este modo, la Declaración de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Constitución Política de Colombia, dotaron los cimientos legales para constituir el derecho fundamental a la salud.

La ley estatutaria reglamenta el derecho fundamental a la Salud, basada en unos principios esenciales que serán los encargados de relevar la prestación de los servicios de salud, con el fin de certificar una atención conforme a las exigencias de la población; esta normatividad estableció políticas que acarrearán nuevos beneficios en la prestación de los servicios; envolviendo a todos los actores del sistema, conforme a la comprensión integral del concepto de salud, permitiendo la participación de todos los colombianos en la formulación de políticas e iniciativas tendientes a vigorizar y proteger el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.

La norma tenía como propósito vencer, transformar y mitigar positivamente los inconvenientes, que para el momento aquejaban al sistema de salud, potenciados en la prestación del servicio; sin embargo, estos cambios implicaron una modificación en la forma en que los actores del sistema interactuaban, buscando solucionar los problemas de la atención relacionados con la calidad, eficacia y el acceso a los servicios de salud.

En definitiva, la ley estatutaria en salud 1751 del 2015 buscó instaurar en el ordenamiento jurídico colombiano la salud como un derecho humano fundamental, que reclama intrínsecamente una responsabilidad del Estado en cuanto a su garantía. Lo anterior, se materializa a partir de los siguientes principios:

- El principio de Continuidad: En la ley Estatutaria se define este principio como aquel en que, “las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas...” (Ley estatutaria 1751 de 2015).
- El principio de Integralidad: El artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 establece que: los servicios y tecnologías de salud deberán ser suministrados de manera completa para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario. En los casos en los que exista duda sobre el alcance de un servicio o tecnología de salud cubierto por el Estado, se entenderá que este comprende todos los elementos esenciales para lograr su objetivo médico respecto de la necesidad específica de salud diagnosticada. (Ley 1751 de 2015).
- El principio de Oportunidad: “se puede entender como la capacidad de satisfacer la necesidad de salud de la persona en el momento preciso en que requiere dicho servicio” (Duran, 2004).
- La autonomía médica: Se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo. Esta autonomía será ejercida en el marco de esquemas de autorregulación, la ética, la racionalidad y la evidencia científica. Se prohíbe todo constreñimiento, presión o restricción del ejercicio profesional que atente contra la autonomía de los profesionales de la salud, así como cualquier abuso en el ejercicio profesional que

atente contra la seguridad del paciente. La vulneración de esta disposición será sancionada por los tribunales u organismos profesionales competentes y por los organismos de inspección, vigilancia y control en el ámbito de sus competencias. (Ley 1751 de 2015).

- Prohibición de la negación del servicio: no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. Cualquier entidad que niegue el servicio al paciente será sancionada.
- Atención Primaria: la ley 1751 de 2015 prioriza las atenciones de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

Sujetos de Especial Protección Constitucional

El Estado Social de Derecho, como bien se ha evidenciado a lo largo de este trabajo, vincula la organización política y el ordenamiento jurídico, en aras de promover la dignificación humana, a través de las diferentes políticas públicas, que permiten mejorar las condiciones de vida de los diversos sectores, conglomerados sociales, grupos o personas en situaciones de desventaja, prestándoles asistencia y protección.

Estos sujetos reciben la categoría de sujetos de especial protección constitucional, que de acuerdo a los pronunciamientos de la Corte constitucional, han de ser entendidos como:

Aquellas personas que debido a su condición física, psicológica o social particular merecen una acción positiva estatal para efectos de lograr una igualdad real y efectiva. Así, ha considerado que entre los grupos de especial protección constitucional se encuentran: los niños, los adolescentes, los ancianos, los disminuidos físicos, síquicos y sensoriales, las

mujeres cabeza de familia, las personas desplazadas por la violencia y aquellas que se encuentran en extrema pobreza. (Corte Constitucional, 2011).

Tanto la Corte Constitucional, como los demás operadores jurisdiccionales han procurado cesar la vulneración del derecho a la salud, en las personas de debilidad manifiesta, por esto, han adoptado medidas y mecanismos, con enfoque reivindicatorio, los cuales permiten darle un tratamiento particular a estos sujetos de derechos, acorde a sus divergencias con correlación al aglomerado social. En este sentido, la Corte ha expresado lo siguiente:

Tratándose de personas en estado de debilidad, sujetos de especial protección por parte del Estado, la protección al derecho fundamental a la salud se provee de manera reforzada, en virtud del principio de igualdad y la vulnerabilidad de los sujetos enunciados. Así, la omisión de las entidades prestadoras del servicio de salud, la falta de atención médica o la imposición de barreras formales para acceder a las prestaciones hospitalarias que se encuentren dentro del POS que impliquen grave riesgo para la vida de personas en situación evidente de indefensión (como la falta de capacidad económica, graves padecimientos en enfermedad catastrófica o se trate de discapacitados, niños y adultos mayores) son circunstancias que han de ser consideradas para decidir sobre la concesión del correspondiente amparo. Por lo tanto, obligan al juez constitucional a no limitarse por barreras formales en un caso determinado, por el contrario, en aras de la justicia material su función constitucional es proteger los derechos fundamentales (Corte Constitucional, 2013).

Lo anterior, se fundamenta en la jurisprudencia de la Corte Constitucional Colombiana, que denota una interpretación extensiva de la Carta política; permitiéndonos evidenciar la problemática que se presenta en el ordenamiento jurídico, y en particular, en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en el cual el reconocimiento del derecho a la salud se liga a los interés particulares, obviando el interés común y la calidad de las personas que ostentan

especial protección constitucional de las personas más necesitadas, poniendo en entre dicho la jerarquía de los principios, los valores, y los derechos fundamentales.

Capítulo cuatro: análisis del decreto 780 de 2016

Consideraciones preliminares

Tras 20 años de implementación del sistema de seguridad social en salud de la Ley 100 de 1993 y las modificaciones sufridas lo largo de este tiempo (ley 1122 de 2007, Ley 1438 2011), para el año 2013 el Gobierno Nacional junto con el actual ministro de salud y protección social Alejandro Gaviria Uribe tienen como principal objetivo el control de la crisis en el área de la salud, apostándole a una reforma del sector que tenga como principal objetivo la transparencia en el sistema, esto es con la creación de una nueva entidad que se encargue de la administración de todos los recursos destinados al sector y el cambio de funciones de las entidades prestadoras, para evitar el recobro de los servicios que no son contemplados en el pos y la intermediación financiera en el recaudo de las cotizaciones, transformando tanto al FOSYGA por Salud- Mia, como a las EPS en Gestoras.

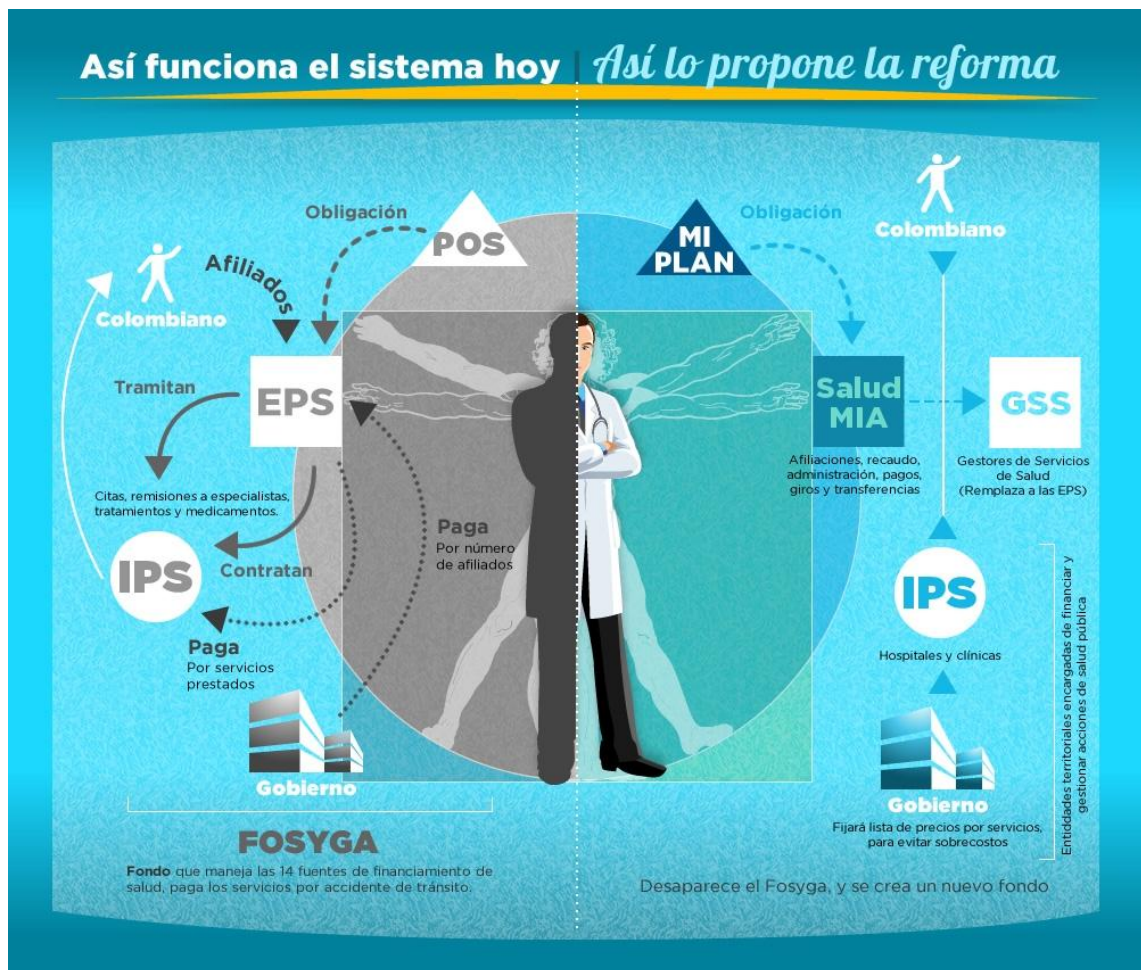


Figura 8. Sistema de salud en Colombia: cómo está y cómo quedaría. Fuente. (Caracol Radio, 2013)

Este pensamiento se mantiene no solo en el cambio de la actual estructura, sino también en el proceso de replantear el concepto de salud el cual hasta ahora estuvo contemplado como un servicio público esencial para ser replanteada su importancia considerándola como un derecho fundamental, logro que se obtuvo mediante la ley estatutaria 1751 de 2015 y mediante el Plan Estratégico Sectorial 2014-2018 Sector Administrativo de Salud y Protección Social, en el cual la salud goza de una especial protección por parte de todas las entidades que intervienen en ella, esta ley estatutaria requiere entonces un proceso de reglamentación e implementación de la misma, así como la búsqueda de la normatividad que regula el derecho a la salud, partiendo de una visión que conciba un sistema de salud que respalde dicho derecho; es por ello que el legislador materializó la política pública de la salud

expidiendo el decreto único reglamentario del sector salud y protección social, 780 de 2016 el cual es el documento fundamental para el estudio del sistema de salud en Colombia, decreto que se analizará detalladamente en el siguiente capítulo y que tiene como fin compilar y sintetizar la regulación del sector de la salud, así como derogar todas las disposiciones anteriores.

Colombia es un país que viene teniendo un cambio estructural con relación a la normatividad expedida en determinadas áreas, por ejemplo, el sector ambiental, cultural, laboral, educativo, de transporte, entre otros, y este cambio se ve evidenciado en el intento de establecer decretos únicos reglamentarios que compilen todas las disposiciones que están dispersas en el ordenamiento jurídico y que regulan una misma materia, esto con la idea de ajustarse a lineamientos internacionales para ser parte de organización mundiales como es lo es la OCDE, y esta vez esa compilación normativa le correspondió al sector salud con la expedición de Decreto Único Reglamentario Sector Salud 780 de 2016, el cual se estructura a partir de la compilación y simplificación de las normas que regulan el sector salud y que se encuentran dispersas en el ordenamiento jurídico es cual compila y simplifica todas las normas reglamentarias preexistentes en el sector de la salud. Esto con el objetivo de racionalizar las normas de carácter reglamentario que rigen en el sector y contar con un instrumento jurídico único y eliminar la dispersión normativa. Este Decreto cuenta con cuatro grandes libros, los cuales están divididos en títulos y capítulos que desarrollan cada uno de los temas con tenidos.

El primer libro contiene la Estructura del Sector Salud y de la protección social, separando las entidades del sector central y Descentralizado que hacen las veces de actores del sistema, como es el Ministerio de salud la superintendencia de salud, y lo relativo a las EPS, IPS, ESE ; en el segundo libro tenemos el Régimen Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, acá se encuentra las normas que regulan la afiliación, portabilidad entre otras

funciones de las EPS, IPS, IPSS , en el tercer libro Normas Comunes de la Seguridad Social

Integral tendremos temas en prestación de servicios estarán consignados en este, y por

último en el cuarto libro estarán Disposiciones y Derogatorias

Tabla 2.

Decretos contenidos en la normatividad

Decretos entre 1949 – 2017

Decreto 2169 de 1949	Decreto 3023 de 2002	Decreto 2172 de 2009	Decreto 3045 de 2013
Decreto 802 de 1976	Decreto 448 de 2003	Decreto 3511 de 2009	Decreto 3046 de 2013
Decreto 2876 de 1974	Decreto 510 de 2003	Decreto 4904 de 2009	Decreto 351 de 2014
Decreto 2954 de 1978	Decreto 1566 de 2003	Decreto 4973 de 2009	Decreto 618 de 2014
Decreto 3380 de 1981	Decreto 2112 de 2003	Decreto 120 de 2010	Decreto 674 de 2014
Decreto 2257 de 1986	Decreto 2131 de 2003	Decreto 692 de 2010	Decreto 859 de 2014
Decreto 491 de 1990	Decreto 2284 de 2003	Decreto 1071 de 2012	Decreto 1033 de 2014
Decreto 786 de 1990	Decreto 2287 de 2003	Decreto 1186 de 2010	Decreto 2273 de 2014
Decreto 1070 de 1990	Decreto 2745 de 2003	Decreto 2376 de 2010	Decreto 2487 de 2014
Decreto 1088 de 1991	Decreto 3085 de 2003	Decreto 2677 de 2010	Decreto 2562 de 2014
Decreto 692 de 1994	Decreto 2193 de 2004	Decreto 3951 de 2010	Decreto 2561 de 2014
Decreto 1663 de 1994	Decreto 3171 de 2004	Decreto 4192 de 2010	Decreto 2702 de 2014
Decreto 1757 de 1994	Decreto 3667 de 2004	Decreto 971 de 2011	Decreto 55 de 2015
Decreto 1876 de 1994	Decreto 1465 de 2005	Decreto 2141 de 2011	Decreto 554 de 2015
Decreto 1038 de 1995	Decreto 1464 de 2005	Decreto 2993 de 2011	Decreto 56 de 2015
Decreto 1617 de 1995	Decreto 2200 de 2005	Decreto 4023 de 2011	Decreto 251 de 2015
Decreto 97 de 1996	Decreto 3003 de 2005	Decreto 4109 de 2011	Decreto 1768 de 2015
Decreto 1283 de 1996	Decreto 3615 de 2005	Decreto 4796 de 2011	Decreto 2089 de 2015
Decreto 1945 de 1996	Decreto 1637 de 2006	Decreto 4962 de 2011	Decreto 2245 de 2015
Decreto 1171 de 1997	Decreto 1931 de 2006	Decreto 1450 de 2012	Decreto 2353 de 2015
Decreto 1543 de 1997	Decreto 2313 de 2006	Decreto 1464 de 2012	Decreto 2459 de 2015
Decreto 806 de 1998	Decreto 2323 de 2006	Decreto 1792 de 2012	Decreto 1427 de 2016
Decreto 1340 de 1998	Decreto 2330 de 2006	Decreto 1954 de 2012	Decreto 1495 de 2016
Decreto 1406 de 1999	Decreto 3518 de 2006	Decreto 1683 de 2013	Decreto 1829 de 2016
Decreto 1405 de 1999	Decreto 2699 de 2007	Decreto 2464 de 2013	Decreto 1937 de 2016
Decreto 1725 de 1999	Decreto 3085 de 2007	Decreto 2496 de 2012	Decreto 1990 de 2016
Decreto 2236 de 1999	Decreto 4747 de 2007	Decreto 2562 de 2012	Decreto 2152 de 2016
Decreto 1015 de 2002	Decreto 4877 de 2007	Decreto 2766 de 2013	Decreto 923 de 2017
Decreto 1580 de 2002	Decreto 1280 de 2008	Decreto 2943 de 2013	Decreto 969 de 2017
			Decreto 613 de 2017

Fuente: elaboración propia

Principales efectos del decreto 780 de 2016

Afiliación.

Aproximadamente dos meses después de la expedición de mencionado decreto el legislador en ejercicio de sus funciones legales el 19 de julio de 2016, realiza la primera modificación que opera tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado con el Decreto 1184 de 2016, el cual tiene como finalidad limitar la capacidad de afiliación de las EPS intervenidas por la Superintendencia de Salud, se adiciona entonces el

Artículo 2.1.10.5.1. Limitación de la capacidad de afiliación. La Superintendencia Nacional de Salud podrá ordenar la limitación de la capacidad para realizar nuevas afiliaciones y para aceptar traslados, de las entidades promotoras de salud, organizaciones solidarias vigiladas por esa Superintendencia y cajas de compensación familiar, que operan en los regímenes (Decreto 1184, 2016).

Lo anterior tiene fundamento en una atención integral en salud que se rija bajo los principios de calidad y oportunidad que garantice la seguridad de los afiliados, dado que las entidades que se encuentran intervenidas tiende a ser liquidadas como lo es el caso EPS SaludCoop, con un número considerable de afiliados los cuales debieron ser trasladados a CaféSalud, lo cual significo una sobre demanda del servicio y por tanto la atención no está garantizada.

Seguidamente y atendiendo a la afiliación al sistema el Decreto 2883 de 2016 Por el cual se modifica el artículo 2.1.5.1 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social expedido el 19 de diciembre de 2016 en el numeral 15 de su artículo primero realiza una modificación importante que ampara a las personas habitantes de calle para que sean afiliados en el Régimen Subsidiado de Salud, obligación que tendrás las

alcaldías municipales distritales y que gozaran de los beneficios propios del régimen, esta medida permite tener un mayor control de esta población mediante el un censo que arroje un número aproximado de personas que se encuentran en situación de calle.

Actores del sistema

El 10 de noviembre de 2016 se expide el decreto 1829 de 2016 el cual decreta en su artículo 1:

Adiciónese al Título 1 de la Parte 6 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, el Capítulo 6, titulado "De la firmeza de los reconocimientos y giros de los recursos del aseguramiento en salud"

Artículo 2.6.1.6.1. Definiciones. Para efectos del presente capítulo, adóptense las siguientes definiciones:

Recursos del aseguramiento en salud: Corresponden a aquellos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce y paga por concepto de Unidades de Pago por Capitalización - UPC, para garantizar la financiación del plan de beneficios a la población afiliada a los regímenes contributivo y subsidiado, así como el valor per cápita que se reconoce para el desarrollo de las actividades de promoción y prevención, el porcentaje del Ingreso :Base de Cotización para garantizar el reconocimiento y pago de incapacidades por enfermedad general a los afiliados cotizantes con derecho: y el valor de las licencias de maternidad y paternidad, en el régimen contributivo.

Reconocimiento del aseguramiento en salud: proceso por medio del cual el FOSYGA o quien haga sus veces, determina la existencia de una obligación de pago de los recursos del aseguramiento en salud a su cargo, mediante la verificación del

cumplimiento de los supuestos o requisitos establecidos legal o reglamentariamente y su liquidación

Giro de recursos del aseguramiento en salud: acto mediante el cual el FOSYGA o quien haga sus veces, desembolsa el monto de la obligación del aseguramiento en salud previamente reconocida, sin perjuicio de los descuentos a que haya lugar, con lo cual se extingue la respectiva obligación. (Decreto 1829, 2016);

Se puede comprender a partir de estas nociones, la posible creación de una entidad que remplace FOSYGA y la distribución financiera, anterior mente se habló de esta idea con Salud- Mia, pero la Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, “Todos por un nuevo país”, que avala el génesis de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y efectuar los pertinentes controles, que por consiguiente, fue reglamentada por el decreto 1429 de 2016, con la creación de la ADRES la cual se convierte en una de las hazañas más significativas e importantes del sistema de salud, dado que, constituye el organismo máximo del sistema de seguridad social en salud, encargado del manejo unificado de los recursos del sistema de seguridad social en salud, que sustituye al Fondo de solidaridad y garantía – FOSYGA, y al cual le ataño solucionar la problemática planteada por la Corte Constitucional en el cierre de la audiencia pública de la sentencia T-760 de 2008

(...)Esta corte evidencia que el alto grado de corrupción, la prevalencia absurda de intereses particulares, la debilidad manifiesta en el control estatal, el inadecuado manejo administrativo por ineficiencia son algunas de las causas generales que afectan los recursos de salud. Así mismo, el cobro de comisiones para levantar las glosas, la presentación de cuentas a nombre de personas inexistentes, la falta de una

base datos unificada, el aumento doloso en los valores de los medicamentos y procedimientos que no estén señalados en el POS, los recobros de insumos y medicinas que nunca fueron utilizados o entregados a los pacientes, en pago de servicios no incluidos en el POS. (pág. 2)

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud es un organismo de naturaleza especial del nivel descentralizado de la Rama Ejecutiva del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, patrimonio independiente, asimilada a una empresa industrial y comercial del Estado en los términos señalados en la ley de creación, adscrita al Ministerio de Salud y Social, que tiene por objeto la administración los recursos del sistema de seguridad social en salud y los demás ingresos que determine la ley, y adoptar y desarrollar los procesos y acciones para el adecuado uso, flujo y control de los recursos en los términos señalados en la ley 1753 de 2015.

Eso quiere expresar que la ADRES es un ente sujeto de derecho y obligaciones, que cuenta con la autonomía apta para escoger las formas de responder a las necesidades de sus afiliados, con suficiencia para acceder a los recursos y administrar los gastos, acabando la necesidad de responder a las múltiples demandas y direccionamientos del nivel central, que contrariamente a sus postulados entorpecen el debido funcionamiento del sistema y nutren las prácticas clientelistas.

En cuento a su estructura, la administradora de los recursos de la seguridad social en salud estará conformada por:

- Junta directiva.
- Dirección general.
- Oficina asesora de planeación y control de riesgos.
- Oficina asesora jurídica.

- Oficina de control interno.
- Dirección de gestión de los recursos financieros de salud.
- Dirección de liquidaciones y garantías.
- Subdirección de liquidaciones del aseguramiento.
- Subdirección de garantías.
- Dirección de otras prestaciones.

Se destaca de esta disposición, que a diferencia del FOSYGA, la ADRES cuenta con planta de personal propia, contemplada en el decreto 1431 de 2016, conforme los criterios de organización, la necesidad del servicio, los programas y planes de la entidad. En su junta directiva tiene representación del ministerio de hacienda y crédito público, representante de los entes territoriales del orden municipal y departamental, que convergen con la optimización de los mecanismos de recaudo, control, mejor y más oportuna información. Adicionalmente, ADRES elude las cuentas, y hace uso de direcciones y subdirecciones, que permiten administrar y gestionar los recursos del sistema a través de los diferentes procesos que en él se producen.

Tabla 3.

Diferencias entre FOSYGA Y ADRES

FOSYGA	ADRES
Tiene la denominación de cuenta o fondo adscrito al Ministerio de Salud	Coordinación de organismo adscrito al Ministerio de Salud
De carácter centralizado	De carácter descentralizado
No cuenta con patrimonio autónomo ni personería jurídica	Tiene personería jurídica y patrimonio autónomo
No tiene planta propia de personal, opera por consorcio	Tiene planta de personal propia
Estructura por subcuentas	Estructura por órganos operativo-administrativos, y direcciones o subdirecciones
Encargada de la afiliación, manejo y administración de los recursos del sistema de seguridad social en salud.	Asume la afiliación al igual que el manejo unificado de los recursos del sistema de Seguridad Social en Salud.
Facultada por la ley 100 de 1993 para delegar estas funciones a la EPS	Desplazando la EPS con respecto de las funciones que ejercía.

Fuente: elaboración propia

En definitiva, la ADRES producirá un fuerte impacto en el sistema de seguridad social en salud, desplazando la Entidad Promotora de Salud,

A través de instrumentos de carácter jurídico que, aun cuando son autónomos en su aplicación, funcionan armónicamente y se complementan, para permitir que todos los sujetos que intervienen cumplan la función que les corresponde individualmente considerados, pero que conducen a lograr los objetivos de la seguridad social (Ortegón, 2010, pág. 71).

En este contexto, la nueva administradora refrendará la relación jurídica que se suscita de la afiliación, siendo ésta un marco de derechos y obligaciones directos entre el usuario y el sistema de seguridad social en salud, y no un vínculo anexo a la EPS. Adicionalmente, se tomarán los correctivos necesarios en el recaudo y la administración de los recursos financieros, de los cuales se distinguen:

- Sistema General de Participaciones (SGP) Salud componente de subsidios a la demanda.
- Sistema General de Participaciones (SGP) que financian FONSAET.
- Monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados) que explota, administra y recauda COLJUEGOS.
- Cotizaciones de los afiliados al SGSSS, incluidos los intereses recaudados por las EPS.
- Cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales.
- Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
- Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE).
- Del Presupuesto General de la Nación (PGN) para universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.
- Recaudo del IVA definido en la Ley 1393 de 2010.
- Del Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT) creado por el Decreto-Ley 1032 de 1991.

- Contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) cobrada con adición a ella.
- Recaudados INDUMIL por impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas antitabaco.
- Del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c), rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la Ley destina a dicho régimen.
- Copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.
- Rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes.
- Recaudos por gestiones que realiza la Unidad de Gestión Pensional y de Parafiscales (UGPP).
- Demás destinados a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la Ley o el reglamento.
- Demás que en función a su naturaleza recaudaba el FOSYGA. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, pág. 4).

Cabe resaltar que anteriormente, el artículo 156 de la Ley 100 de 1993, consagraba que el recaudo de las cotizaciones sería responsabilidad del FOSYGA, quien estaba facultado para delegar esta función en las entidades promotoras de salud, las cuales a su vez, tendrían a cargo la afiliación de usuarios y la administración de la prestación de servicios de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Lo anterior se complementa con las siguientes reformas, el decreto 2117 de 2016 del 22 de diciembre de 2016 “Por el cual se modifican los artículos 2.1.13.9, 2.5.2.2.1.7 y 2.5.2.2.1.10 y se adicionan unos artículos en la Sección 1, Capítulo 2, Título 2, Parte 5, Libro 2 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en lo relacionado con los procesos de reorganización institucional y las condiciones financieras y de solvencia de las Entidades Promotoras de Salud – EPS.” y el decreto 718 de 2017 4 de mayo de 2017 Adiciona dos párrafos al artículo 2.1.13.9 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, modificado por el Decreto 2117 de 2016., ambos decretos contemplan la reorganización de las EPS que pueden resultar en nuevas Entidades Promotoras de Salud

En la exposición de los motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” se explica entonces que las EPS dado a la implementación de la entidad que remplace al FOSYGA, se transformarán en Gestoras de Salud, que se precisa como un nuevo actor del sistema. Estas Gestoras tendrán incentivos de manera que sus acciones se orienten a la gestión y resultados en salud, lo que marca una diferencia con la estructura actual, donde predominan los incentivos a la gestión financiera de la Unidad Por Capitación (Min. Salud, 2013), es decir, entre más asegurados hayan, más dinero recibe la EPS; si se sigue la lógica del sistema, la EPS se constituye en el máximo órgano, quien monopoliza y maneja a su libre arbitrio la gestión financiera del actual sistema de salud, lo que genera algunas de las problemáticas más graves en la actualidad como lo son la falta de recursos y la articulación de los actores.

Las gestoras de salud, podrán ser de carácter público, privado o mixto, y estarán bajo la supervisión de la superintendencia nacional de salud, contarán con zonas geográficas específicas y serán las encargadas de atenuar el riesgo en salud, brindando una atención básica, que vislumbra los servicios de prevención, atención y rehabilitación de primer nivel,

cuyo fin es la protección específica, la detección temprana y el cuidado individual de la salud mediante medicina general y especialidades básicas.

Con referencia a lo anterior,

El riesgo en salud es entendido como la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse. El evento es la ocurrencia de enfermedad y sus causas son los diferentes factores asociados, como se evidencia en el siguiente gráfico. (Ministerio de Salud, 2016, pág. 11)

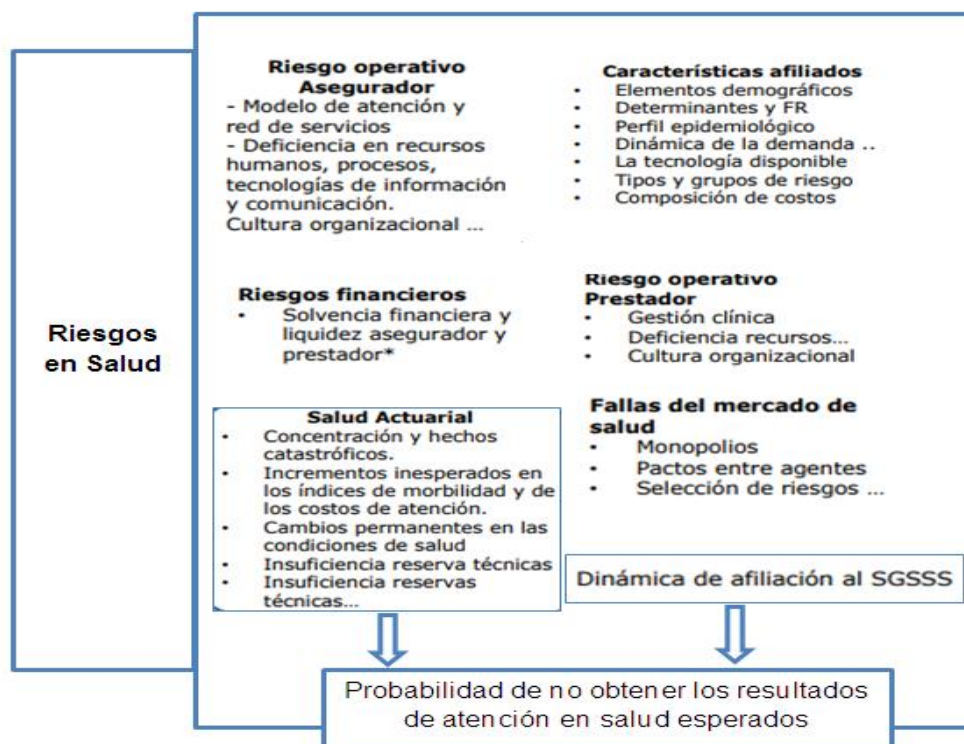


Figura 9. Interrelación de riesgos en salud. Fuente. Desarrollado por los autores a partir de (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

Es más que claro que entre Las Gestoras de salud y las EPS se presentan altas discrepancias por cuanto esta últimas devienen con un sistema de incentivos fundado en la gestión del riesgo en salud, que acarrea incentivos tanto para el talento humano como para el usuario, además de implementar un sistema de pago orientado a resultados y acceso efectivo a los servicios de salud, mientras que las Gestoras no son responsables del recaudo y administración directa del recurso financiero, que ahora serán custodiados por una nueva entidad.

Tabla 4.

Diferencia entre EPS y Gestoras de Salud

EPS	Gestoras de salud
Prestan atención básica y especializada	Encaminada a la atención primaria o básica, es decir, se basa en la prevención de la enfermedad
Incentivos basados en la unidad de pago por capitación	Incentivos basados en la gestión del riesgo, el sistema de pago se da como consecuencia de los servicios de salud prestados
Delegataria del Fosyga en las funciones de afiliación, manejo de recursos y captación de aportes	Las funciones de afiliación y manejo de recursos es asumida por ADRES
Administradora de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, IPS	Se convertirán en una especie de auditores de cuentas que emiten los hospitales y clínicas en razón de los servicios médicos prestados
Operan a nivel nacional	Tienen énfasis territorial, de acuerdo a los criterios de demanda y oferta, atendiendo a la enfermedad y características del paciente

Fuente: elaboración propia

Por otro lado esta reforma involucra las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud- RIPSS, que son el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos, privados o mixtos, ubicados en un ámbito territorial definido, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario, bajo los principios de disponibilidad,

aceptabilidad, accesibilidad y calidad, e incluyen procesos y mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, y la atención oportuna, continua, integral y resolutive, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros, físicos y de información, para garantizar la gestión adecuada de la atención así como también, mejorar los resultados en salud

Estas redes deben garantizar la atención en salud en condiciones accesibilidad, integralidad, continuidad, calidad y resolutive a los afiliados de la EPS, con base en los análisis de la demanda de servicios de salud de la población a cargo de la EPS y la oferta de servicios de salud disponible a nivel territorial deben garantizar la atención de las necesidades de la población afiliada, y por tanto, deberán en su conformación y organización contar con los prestadores necesarios, de acuerdo a su capacidad, con uno o más servicios u organizaciones funcionales para la prestación de los servicios de salud, en cada municipio del Departamento o el Distrito donde esté autorizada para operar. Lo anterior, sujeto a la disponibilidad, suficiencia y completitud de dicha oferta, debidamente habilitada (Ministerio de salud y protección social, 2016).

Este apartado de decretos considerados como de mayor relevancia hace parte de las 19 reformas que se le han realizado al decreto 780 de 2016 en su primer año de implementación, las cuales tiene como finalidad mejorar la prestación del derecho a la salud, adaptándose a los cambios tanto estructurales, sociales, financieros, y administrativos del nuevo sistema, las demás reformas se enunciarán mediante el control de actualizaciones brindado por el ministerio de salud.

Primer Foro Elecciones 2018: Perspectivas para el Sistema de Salud

El día 9 de febrero de 2018, se llevó a cabo en las instalaciones de la universidad CES el Primer Foro Elecciones 2018: Perspectivas para el Sistema de Salud; en dicho foro surgieron importantes aportes en torno al sistema de salud y particularmente a la ADRES. A continuación se relacionan las opiniones de dos invitados a dicho foro. Donde, con base al análisis realizado desde un campo normativo, se considera necesario valorar los efectos en la estructura del sistema general de seguridad social de salud en Colombia desde la administración y gestión soportada en las apreciaciones preliminares de médicos y candidatos al congreso de la República, que se encuentran constantemente inmersos en el sistema y que por medio de su trabajo logran apreciar de manera diferente los cambios y las razones del problema, que la norma no puede contemplar ni explicar.

Comentario 1: Dr. Guillermo Cuellar - Médico y Abogado de la Universidad de Antioquia

Desde la reforma estatutaria 1751 de 2015 se vienen dando cambios en la estructura del sistema de salud colombiano y eso obedece básicamente a una no adecuación de la estructura como tal, sobretodo en esa parte más controvertida que es la intermediación donde en la ley 100 del 93 se plantearon unos actores del sistema que fracasaron en la destinación de recursos, y lo que ahora se pretende es un cambio de estas entidades que para mí es más un cambio nominativo puesto que las funciones van a ser muy similares en su contenido; pasa algo con las EPS en su intento de transformación desde el ideal de atención, dado que las GESTORAS se verán más influenciadas a la atención básica primaria, sobre todo en el tema de la prevención y promoción de la salud, temas que no son novedosos dado que desde la misma ley 100 se realiza un papel protagónico, pero que debido a una mala implementación y a un sistema que acogió a un gran número de personas en una época en la cual la pirámide poblacional mostraba un envejecimiento demográfico alto, en la cual no tanto por las

personas contribuyentes, si no por las del régimen subsidiado presentaban una serie de patologías que en su atención se hacían demasiado costosas y este gasto no se lograba compensar con las personas que entre comillas estaban cotizando .

Por otra parte por el principio de solidaridad y de compensación que se plantea actualmente y esto lo digo con el anterior sistema y el que se plantea con el decreto 780 de 2016, en el que yo puedo incluir a mi grupo familiar así sea con un salario mínimo, crea unas brechas que acrecientan la crisis económica de las EPS pues con el aporte que hace la persona cabeza de hogar no alcanza a cubrir las necesidades de su grupo familiar.

Muchas EPS en la actualidad se encuentran en un estado de liquidación agravando la situación de afiliación de los usuarios que se ven obligados a trasladarse o ser trasladados a otras EPS que se encuentran en un estado mejor o igual a la que venían siendo intervenidos, caso como el de EPS SOS de Cundinamarca donde más de 40.000 usuarios tendrán que ser recibidos por EPS como Coomeva - (intervenida) y otras que se encuentren en la zona centro del país.

La tasa de desempleo en Colombia contribuye a la crisis económica de las EPS mixtas, estas son las que manejan los dos regímenes subsidiado y contributivo el caso de Salud total, Coomeva y en su momento salud total, dado que los recursos que dejan de recibir de las personas cotizantes hace que se utilicen los recursos provenientes del sisben en un mayor porcentaje.

Yo hoy que creo que se necesita ese aseguramiento con experiencias de EPS que lo han venido haciendo bien, te digo dos que considero el caso de sanitas y sura, pero se debe tener en cuenta que ellas son solo de régimen contributivo, es ahí donde surge el interrogante de cómo se debe realizar el manejo para el régimen subsidiado.

Considero que la crisis va más allá del planteamiento normativo en la cadena de flujo de dinero, esta crisis se genera por la alta corrupción dentro de las entidades que prestan el servicio, Hospitales, IPS, personal médico y las compensaciones arbitrarias, que realizaba el FOSYGA, es importante ver como EPS cierran por crisis financiera podemos analizar como Medellín se esfuerza por mostrar una salud poderosa que se pueda vender en el mercado donde las IPS están creciendo en infraestructura así como las clínicas de mayor prestigio de la ciudad invierten en infraestructura y tecnología que sea rentable, esto es importante toda vez que hace una diferencia entre los servicios que actualmente se encuentran restringidos o recortados como por ejemplo ginecología, obstétrica, pediatría, quemados, por no ser rentables afectando especialmente para los sectores más vulnerables, como cuando se cerró el Hospital Concejo de Medellín quien atiende personal del sisben de estrato 1,2,3 con dificultades económicas el cual es público administrado por la alcaldía de Medellín E.S.E Metro Salud y la E.S.E Hospital General de Medellín.

Comentario 2: Dr. Sergio lozano Gómez -Médico y cirujano de la universidad de Antioquia, Res cirugía plástica, Maxilofacial y de la mano.

El punto con las EPS y desde que existes la parte de administradores y prestadores, se presenta el problema de la intermediación y el dinero circulaba de una manera que al llegar a su destinatario final esta se desviaba, muchos recursos que entrar a las EPS por UPC, existe un margen con el que ellos se quedan y no se invierten más que todo de afiliados de régimen contributivo, que hace que las EPS se regulen en su cartera, caso como Sura Eps el cual acoge a una población joven cotizante, mientras que Nueva EPS acoge todos los que eran del antiguo seguro social población en su mayor y parte anciana que no facturaban y se evidencia una desigualdad entre las EPS que quedan en el mercado y las que se ven obligadas a liquidarse, bajo esta situación se pensaron un modelo de recuperación de cartera que permitiera controlar procedimientos realizados llamado GLOSA, que es básicamente la

objeción que pueden realizar las entidades promotoras a las reclamaciones presentadas por los prestadores de procedimientos que consideren no se encuentran justificados para su compensación o recobro, surgiendo así comités técnicos y científicos, comité de autorización, ahora Mipres con el PBS plan de beneficios lo que antes era el POS y los servicios que no se encuentran excluidos.

Los procedimientos de alta complejidad que se utilizan en el sector salud no se encuentran en el PBS, así que se debe realizar las solicitudes para el PBS y esto aplica para las EPS contributivas dado que las subsidiadas se debe llenar el formato de No POS, además de pasar por la barrera de que el medicamento, procedimiento e insumo este avalado por el INVIMA, de lo contrario justifican por esta razón la devolución de la solicitud; por otra parte los servicios en la actualidad se encuentran limitados hablando de que ya no existe entidades que los presten por considerarlos de menor rentabilidad, estos son materno infantil, los pacientes quemados y los niños, por ser de índice de desarrollo está incluido en el plan de beneficios por paquetes, y entra por capitación o contratación directa de la EPS y el costo no genera ganancia al no utilizar materiales dispositivos de alta tecnología, mientras que la neurología, la ortopedia y cierta parte de la cirugía plástica reconstructiva daban un margen de ganancia alto por que utilizan recursos facturables lo que se llama los CUPS (Clasificación Única de Procedimiento) esto a raíz de la ley estatutaria por medio de la cual establecía que debían tener una política que incluyera un sistema único de salud, un ejemplo de ello es si hablamos de una reconstrucción de un miembro superior con preferencia micro bascular la cirugía genera una facturación al hospital de más o menos quince millones de pesos, realmente los hospitales dependiendo de cuál sea cobran un peaje con el que se queda la entidad de lo que se facture uno de ellos que puedo decir el San Vicente es de un 12%, si hablamos de ortopedia una placa un tornillo un aparato que se necesite se realiza por medio de un contratación con las entidades que suministran los equipos por consignación el

hospital utiliza estos equipos y por ello dejan un porcentaje, por eso la mayoría de las clínicas se están enfocando en clínicas de ortopedia dado al índice tan elevado de accidentalidad de los motociclistas este servicio es más solicitado y los servicios no rentables simplemente se remite el paciente a otros centros médicos del país como lo es en Cali la clínica de los remedio para pacientes con quemaduras que no atiende el Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

Lo que se pretende realizar con las GESTORAS es esa prevención y promoción de la salud, en a APS (Atención Primaria en Salud) dado que la atención por parte del médico general resuelva el 80 % del estado del paciente y el 20% restante sea cuando exista mayor complejidad, pero en esto se debe trabajar mucho cuando aún existe la restricción por problemas de autorización no como lo planteaba ahora si no que el paciente debe escalar del médico general al especialista para que sea este quien realice la orden sin ser necesario este paso, pero las EPS lo utilizan porque existe un porcentaje de pacientes que no siguen el procedimiento por no considerarlo necesario y no vuelven a consultar, pero fallan cuando después de que el paciente pasa todos los filtros en un período de tiempo prolongado y regresa donde el médico general su enfermedad ya se encuentra en un estado de alta complejidad que genera más gastos al sistema, a partir de esto se generan restricciones en procedimientos como por ejemplo exámenes de azúcar que son costosos pero que las EPS solo permiten realizarlos pocas veces al año, pues de ser muy constante debe ir acompañado de la justificación.

Dentro de las mismas instituciones se presentan actos que generar que la crisis se acreciente, esto lo vemos en casos como EPS sura e Industrias Medicas SAMPEDRO, donde se realizaban integraciones verticales con la contratación de insumos de mayor valor

para generar costos de facturación mayores para aumentan las ganancias, también debemos tener claro que existes CARTELES con pacientes fantasmas, las dadas por formulación de medicamentos, las facturaciones de procedimientos que en verdad solo son aplicación de medicamentos y de esto se ha venido hablando el actual Ministro de Salud Alejandro Gaviria cuando regula los medicamentos antineoplásicos.

Como apreciación personal considero que los efectos que trae la implementación de un sistema de salud que contrarreste los problemas que se presentan en el sector deben ser muy apegados a la realidad, más que entidades con funciones específicas, la alta corrupción que se maneja dentro de la salud impide que la misma se proyecte a futuro con un cambio que garantice el derecho.

Foro: la salud en Colombia con los aspirantes al congreso

Organizado por “somos 14 más 1”: alianza estratégica entre Clínicas y Hospitales de Medellín.

Propuesta 1: Fabio Aristizábal, candidato al Congreso de la Republica, por el Partido Centro Democrático.

Ratifica su propuesta en el proyecto de ley 090 de la cual es coautor. Tenemos un problema de flujo de recursos, pero, ¿por qué ha ocurrido esto? , porque no ha habido vigilancia; la superintendencia de salud ya demostró que no es capaz con el sistema de salud colombiano, que no es capaz con la vigilancia de los recursos, se debe cambiar el vigilante, que no sea la superintendencia de salud la encargada de esta función, si no que sea la superintendencia financiera, ¿por qué debe ser la superintendencia financiera? Porque la superintendencia financiera es la especializada en vigilar aseguradores, banqueros, la superintendencia financiera sabe que es un margen de solvencia, un patrimonio técnico, un reserva técnica, matemática; hoy la EPS no cumple con los mínimos, si hoy la

superintendencia financiera entrara a vigilar a las EPS, de seguro solo quedaría 10 Empresas Promotoras de Salud, pero quedaría fortalecidas, con los recursos y la solvencia que se requieren.

Otra problemática es el flujo de recursos, que se le ha dicho al gobierno, emita las garantías para pagar la deuda que hoy tiene, son billones los que se adeudan, el Estado es el mayor deudor, debe sacar los títulos para pagar lo que debe, lastimosamente para el gobierno la salud es una enfermedad y no una prioridad.

Una de las propuestas es acabar con los contratos entre EPS e IPS, la forma jurídica en que estas se van a asociar no lo sé, lo cierto es que hay una intervención masiva en el sistema; pero es hora de comenzar a trabajar en redes integrales, que una EPS responda íntegramente por la salud del usuario, y que no estén pendiente si lo atendieron o no, la red integral se ha de autorregular. Yo soy defensor del modelo de aseguramiento, no todas las Empresas Promotoras de Salud son malas, hay unas que han hecho muy bien la tarea, con una filosofía diferente. Ejemplo de ello es Medimás, esa EPS no debió dejarse entrar al mercado, no tenía ni la red de prestación de servicios ni el patrimonio para comprar lo que estaba comprando, y con los mismos usuarios va a seguir pagando el déficit que hoy tiene.

Propuesta2: Luis Alberto Martínez, actual candidato por el partido liberal al Congreso de la Republica.

¿Cuál sería su estrategia de control a los recursos de la salud para evitar la corrupción?

Lo primero es que el diseño que tiene el sistema de salud colombiano, como decíamos ahora, atomiza, el año pasado fue por cuarenta y un billones de pesos, por todo el territorio nacional con múltiples ordenadores del gasto, hay que organizar esto de una manera distinta; y el tema de las transacciones, pues debemos poner una plataforma por donde pasen las facturas por donde pasen los pagos y las glosas, y ahí tendríamos en tiempo real un aval, una

información muy valiosa, una información que hoy no tenemos; mínimo ponernos de acuerdo en cuanto son las deudas para poder de manera eficaz y oportuna pagar los diferentes servicios que se den, pero hay que tener unas sanciones ejemplarizantes, aquí no nos podemos olvidar de lo que ha sucedido en el pasado el cartel de Acemi, por ejemplo, eso se nos olvidó, se pusieron de acuerdo una serie de intermediarios diciendo estos medicamentos no hacen parte del POS, para que nos en tutelen y luego cobramos al Fosyga; qué pasó con la investigación, qué pasó con la investigación de Saludcoop por parte de la fiscalía, qué pasó también con la cooptación del gobierno nacional, de algunos congresistas por la intermediación financiera, si no resolvemos las investigaciones que están ahí; que está pasando en MEDIMÁS, EPS que pasó en su momento en CAFÉSALUD, en CAPRECOM, etcétera, en los hospitales públicos en los carteles los que pululan, que abundan en el territorio nacional, con tal de ganar, si no hacemos sanciones ejemplarizantes, investigaciones rápidas. La gente no cree en el sistema tenemos congresistas que dicen que por cualquier punto del sistema, donde uno mete el dedo sale pus; es una cosa muy triste nosotros trabajamos en el sistema, defendemos el sector, defendemos una buena atención para los pacientes, pero no ven como una cloaca es muy difícil recuperar la legitimidad en el sistema.

Podemos argumentar con base en los comentarios y propuestas anteriores que el Sistema de Seguridad Social en Salud no envuelve solo un problema técnico y económico, sino, por el contrario presenta una complicación ética; que tiene su origen en la estructura política, social y económica del país, enmarcando la manera como los individuos, que laboran en el sector salud, ejercen su profesión. Es por esto, que los sistemas de salud deben tener bases éticas sólidas, para poder así desplegar sus funciones.

Conclusiones

Como conclusiones del presente trabajo de investigación sobre el impacto que trae el decreto 780 de 2016, en la actual estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se pueden enunciar las siguientes:

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES, sustituirá al Fondo de Solidaridad y Garantía, en el manejo de los recursos del sistema de salud. Esta administradora comenzó operaciones el 1 de Agosto de 2017.

Al mismo tiempo, ADRES al asumir la función de administrador, suprime la función de las Empresas Promotoras de Salud, E.P.S, en relación a la administración de los recursos.

En un comienzo se percibe como una reforma positiva, en tanto que, el Estado recobra el dominio de los dineros de la salud. La ADRES será la encargada del manejo unánime del capital del sistema. Por lo cual se evita la corrupción, el manejo fraudulento de los cobros y la desviación del patrimonio público perteneciente al área de la salud, que ha generado la actual crisis del sistema de seguridad social en salud.

No obstante, como el manejo de los recursos de la salud es unificado, se perjudicará a los entes territoriales, quienes se veían beneficiados por los tributos impuestos en su territorio, tal es el caso del departamento de Antioquia, quien a través de su Gobernador Luis Pérez Gutiérrez manifestó su incomodidad con la operación de la ADRES, puesto que los recursos del monopolio de licores son propiedad exclusiva de los Departamentos y con la entrada en vigencia de la ADRES, serán manejados por el gobierno central, en Bogotá.

Las Empresas Promotoras de Salud se transforman en Gestoras de Salud, las cuales tienen como función la administración, y posible conversión a Redes Integrales de Prestación de Servicios de Salud, RIPSS, permitiendo la libertad de integración de los actores del sistema.

Las Gestoras de Salud, se fundamentará en la atención básica o primaria, enfocadas en la prevención y erradicación de la enfermedad, de forma focalizada, así pues, se ahorrarán recursos que a futuro solventarán y ayudarán a superar la crisis del sistema de Seguridad Social en salud.

Se posibilita la movilidad entre el régimen contributivo y el régimen subsidiado, de acuerdo a la capacidad económica de la persona. Igualmente, esto se facilita debido a que la afiliación estará en cabeza del Estado, con lo cual se infiere que la misma se realizará directamente al sistema de salud y no a la Empresa Promotora de Salud, como anteriormente se efectuaba.

Se busca descongestionar la rama judicial, a partir de la prestación de servicios de salud, fundados en la accesibilidad y la efectividad, esto es, se excluye toda traba que impida el acceso a los servicios de salud y se hará todo lo pertinente para el tratamiento y curación del paciente.

Anexos A.

Despacho del Gobernador

Medellín,

Doctor
ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
 Ministro de Salud y Protección Social
 Bogotá D.C.

Radicado: E 2017030374368

Fecha: 2017/10/02 5:09 PM

Tpo: OFICIO

MINISTERIO DE SALUD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA



PIENSA EN GRANDE



Respetado Señor Ministro.

Recibí el proyecto de Decreto que regula la operación de la nueva entidad de salud, ADRES, que pretende llevarse los recursos del monopolio de licores de propiedad exclusiva de los Departamentos, para ser distribuidos por el Gobierno Central. Observo un grave error al ordenar que las rentas conseguidas por el Departamento del monopolio de licores, se los lleven para ser manejados por ADRES desde Bogotá.

Viola esa pretensión el artículo 362 de la Constitución Nacional que define de propiedad exclusiva de las entidades territoriales las rentas provenientes del monopolio. "Los bienes y rentas... provenientes de explotación de monopolios de las entidades territoriales, son de propiedad exclusiva y gozan de las mismas garantías que la propiedad privada."

Así mismo, la Ley 1816 en su artículo 13 ratifica estas rentas como Departamentales:

"Artículo 13. Rentas de monopolio. En ejercicio del monopolio rentístico son rentas de los departamentos las siguientes:

1. La participación que se causa sobre los licores destilados consumidos en su jurisdicción.
2. La participación que se causa sobre el alcohol potable.
3. Los derechos de explotación que se deriven del ejercicio del monopolio sobre producción e introducción de licores"

De otro lado, acatamos la Ley 1816 de 2016 cuando ordena que los Departamentos deben invertir esos recursos en Salud, Educación y Deporte. Aquí el Proyecto de Decreto atropella de nuevo al pretender que todos los recursos de salud vayan solo a aseguramiento, lo cual no lo dice la Ley y es el Departamento el que decide.

Respetado Señor Ministro: no es legal que el Gobierno Nacional aspire a manejar los recursos que por Ley y Constitución son Departamentales; y tampoco es procedente que desde Bogotá se defina la destinación de las Rentas Departamentales.

En Colombia cada día hay que luchar contra lo evidente: la Constitución dice que somos un país descentralista, pero a cada momento despierta la centralización como una bestia que no quiere morir, poniendo en vilo la autonomía de las entidades territoriales.

Con sentimientos de consideración y aprecio,

LUIS PÉREZ GUTIÉRREZ
 Gobernador

Anexo B. Definiciones

- **ISS:** Instituto de los Seguros Sociales.
- **CNSSS:** Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, máximo organismo rector del Sistema.
- **FOSYGA:** Fondo de Solidaridad y Garantía; fondo financiero en el que se administran los diferentes recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud (empresa aseguradora en el Régimen Contributivo, pública o privada).
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud (pública o privada).
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud (plan de beneficios que, en la actualidad, rige para el Régimen Contributivo).
- **POS-S:** Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Subsidiado (es un plan de beneficios de carácter transitorio, menor en contenidos que el POS).
- **UPC:** Unidad de pago por Capitalización; valor que reconoce el Sistema por persona afiliada; hay UPC-C para el Régimen Contributivo y UPC-S para el Régimen Subsidiado.

Referentes Bibliográficos

- Abrisketa, J., & Pérez de Armiño, K. (2000). *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Icaria Editorial.
- Arenas Monsalve, G. (2013). *El derecho colombiano de la seguridad social* (3rd ed.). Legis.
- Blanco Restrepo, J. H., & Maya Mejía, J. M. (2013). *Fundamentos de salud pública*. Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Caracol Radio. (2013, March 21). Sistema de salud en Colombia: cómo está y cómo quedaría. Retrieved January 7, 2018, from http://caracol.com.co/radio/2013/03/20/media/1363793400_862640.html
- Cardona Osorio, J. (1988). El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. *Revista Centroamericana de Administración Pública*, 103–136. Retrieved from <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan041736.pdf>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 6 de 1945, Pub. L. No. LEY 6ª DE 1945 (Febrero 19) (1945). Retrieved from <https://www.notinet.com.co/pedidos/ley6-45.htm>
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, 148 § (1993). Retrieved from <http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD EN LEY 100 DE 1993.pdf>
- Corte Constitucional de Colombia. Sentencia No. T-533/92, Septiembre 23 de 1992 § (1992). Proceso de tutela T-3038. Retrieved from <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1992/t-533-92.htm>
- Cortes Hernandez, O. I. (2011). *Derecho de la seguridad social* (4th ed.). Librería Ediciones del Profesional. Retrieved from https://books.google.com.co/books/about/Derecho_de_la_seguridad_social.html?id=eCa4MwEACAAJ&redir_esc=y
- Frenk, J. (2001). Salud Colombia. *Public Health Journal on the Net*, (54). Retrieved from <http://www.saludcolombia.com/actual/salud54/portad54.htm>
- Galán, R. (1990). Reorganización del Sistema Nacional de Salud, una gran transformación Ley 10 de 1990. *Revista Escuela de Administración de Negocios*. Retrieved from <http://200.0.187.30/index.php/Revista/article/view/1020/980>
- Gaviria, A. (2014). Exposición de motivos del Proyecto de Ley; Por el cual se define el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. Retrieved from [https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley Reforma a la Salud/Exposicion-Motivos-Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Exposicion-Motivos-Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocial-Salud.pdf)
- Gómez Vargas, M., Galeano Higueta, C., & Jaramillo Muñoz, D. A. (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6(2), 423. <https://doi.org/10.21501/22161201.1469>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. Retrieved from <https://www.casadellibro.com/libro->

metodologia-de-la-investigacion-5-ed-incluye-cd-rom/9786071502919/1960006

- J. Yepes, F., Ramírez, M., Sánchez, L. H., Ramírez, M. L., & Jaramillo, I. (2010). *Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia* (Primera edición). Ottawa, ON, Canadá : Assalud en coedición con la Universidad del Rosario. Retrieved from <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle/10625/43686/IDL-43686.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2016). *Habilitación de Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/abece-habilitacion-redes-integrales-servicios-salud.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Gestión Integral del Riesgo en Salud: rol del asegurador e incentivos*. Retrieved from <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/07-girs-rol-incentivos.pdf>
- Nugent, R. (1997). La seguridad social: su historia y sus fuentes. In *Instituciones de derecho del trabajo y de la seguridad social* (1st ed., p. 881). Academia Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Retrieved from <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/1/139/36.pdf>
- Peña Alzate, O. (1994). ley 100 de 1993 seguridad social. *Revista de La Facultad de Derecho Y Ciencias Políticas*, 0(94), 9–26. Retrieved from <https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/6571/6054>
- Presidencia de la República de Colombia. Decreto 2350 de 1944 (1944). *suin-juriscol*. Retrieved from <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1872277>
- Principales modelos de seguridad social y protección social. (2006). Ciudad de México : Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Retrieved from <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>
- Redacción el Tiempo. (1996). *Cajanal EPS, Comprometida con la Seguridad Social*. *Periódico El Tiempo*. Bogotá, Colombia. Retrieved from <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-277402>
- Rodríguez Mesa, R. (2013). *Estudios sobre seguridad social*. Barranquilla : Universidad del Norte .
- Rosen, G. (2015). *A history of public health*. Johns Hopkins University Press.
- Sabino, C. A. (1995). *El proceso de investigación*. Panamericana.
- Schiavone, M. A., & Ríos, J. F. (2013). *Economía y financiamiento Ríos*. Ed. Dunken.
- Tobar, F. (1995). *Reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Retrieved from http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Reforma.pdf