

MECANISMOS DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS EMPRESAS PROMOTORAS  
DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE  
SALUD -IPS- Y SU IMPACTO EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS  
SERVICIOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD

SANDRA MILENA VEGA GÓMEZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA  
BUCARAMANGA

2015

MECANISMOS DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS EMPRESAS PROMOTORAS  
DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE  
SALUD -IPS- Y SU IMPACTO EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS  
SERVICIOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD

SANDRA MILENA VEGA GÓMEZ

Trabajo de Grado para optar al título de Abogado

Director

ARMANDO CASTRO PÉREZ

Abogado

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA  
BUCARAMANGA

2015

## DEDICATORIA

*A Dios... A quien debo y agradezco todo*

*A mi esposo Néstor Iván... por su paciente amor y por estar siempre*

*A mis hijas Sara Natalia y Maria Paula... por ser mi vida, mi corazón y mi razón*

*A Chepe y Graciela... por su sabiduría, amor y ejemplo permanente a mi vida*

*A mi familia... por su constante aliento y apoyo incondicional*

## **AGRADECIMIENTOS**

A los profesores, administrativos y directivos de la Escuela de Derecho de la Universidad Industrial de Santander por el invaluable aporte y acompañamiento permanente en mi proceso de formación como abogado.

A la Caja Santanderena de Subsidio Familiar –CAJASAN- por apoyar mi desarrollo profesional paralelo a mi formación académica.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. DE LOS ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y SU NATURALEZA JURIDICA	19
1.1. EL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS	19
1.2. EL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA POLITICO Y JURIDICO COLOMBIANO	34
2. DE LA NATURALEZA Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA	43
2.1. MODELO DE SALUD EN CONDICIONES DE MERCADO	43
2.2. SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA	50
2.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	62
2.2.1 Modulación y Rectoría	69
2.2.2 Financiamiento	72
2.2.3 Aseguramiento	77
2.2.4 Prestación	88
3. DEL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD	98
3.1. EL ACCESO A LOS SERVICIOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD	98
3.2. ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS CON EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD	104
4. DE LOS MECANISMOS DE CONTRATACIÓN VIGENTES ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS-	115
4.1. CONTRATOS POR CAPITACIÓN	121

4.2. CONTRATOS POR EVENTO	127
4.3. CONTRATOS POR PAQUETE O CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES	130
5. DEL IMPACTO DE LOS MECANISMOS DE CONTRATACIÓN VIGENTES ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD	132
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	147
BIBLIOGRAFIA	153

## LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Pirámide poblacional proyectada, Colombia 2005 a 2020 .....	51
Figura 2. Población según grupos de edad, Colombia 1938 a 2005.....	51
Figura 3. Edad promedio de la población, Colombia 1938 a 2005.....	52
Figura 4. Factores de riesgo en salud, Colombia 2012 – 2012.....	56
Figura 5. Mortalidad general según grandes causas, Colombia 1997 – 2010 .....	57
Figura 6. Distribución de atenciones por tipo de servicio, edad y sexo. Colombia 2009 y 2011 .....	59
Figura 7. Núcleos Funcionales y Agentes en el SGSSS.....	69
Figura 8. Fuentes de financiación y flujo de recursos en el SGSSS .....	74
Figura 9. Comportamiento del valor de la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado (1994 a 2015) .....	76
Figura 10. Elementos del aseguramiento en el SGSSS .....	80
Figura 11. Comportamiento cobertura aseguramiento en salud Colombia 1997 a 2014.....	82
Figura 12. Comportamiento cobertura aseguramiento por régimen de afiliación al SGSSS Colombia 1997 a 2014.....	83
Figura 13. Consolidado aseguramiento SGSSS a Diciembre 2014 .....	84
Figura 14. Consolidado prestación SGSSS a Marzo 2015 .....	90
Figura 15. Derechos más invocados en las tutelas, Colombia 2003 -2013 .....	106
Figura 16. Necesidad, disponibilidad y acceso a los servicios médicos en Colombia 2012.....	109
Figura 17. Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos entre prestadores y aseguradores .....	120
Figura 18. Condiciones mínimas acuerdos de voluntades para la prestación de servicios entre EPS/EAPB e IPS/ESE .....	121
Figura 19. Participación costo médico por tipo de contrato en el SGSSS, 2008 .	136

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Indicadores demográficos, Colombia 2005 a 2020 .....	53
Tabla 2. Esperanza de vida según sexo, Colombia 1985 – 2020 .....	55
Tabla 3. Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, Colombia 1997 – 2010 .....	58
Tabla 4. Diez primeras causas registradas en el servicio de consulta externa por sexo, Colombia 2011 .....	60
Tabla 5. Diez primeras causas registradas en el servicio de urgencias por sexo, Colombia 2011 .....	61
Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad registrada por egreso hospitalaria según sexo, Colombia 2011 .....	61
Tabla 7. Cobertura aseguramiento en salud Colombia 1997 a 2014 (población en miles) .....	81
Tabla 8. Distribución Afiliados EPS Régimen Contributivo a Diciembre 2014 .....	85
Tabla 9. Distribución Afiliados EPS Régimen Subsidiado a Diciembre 2014 .....	86
Tabla 10. EAPB Regímenes Excepcionales en Colombia a Marzo 2015 .....	87
Tabla 11. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia a Marzo 2015 (según naturaleza jurídica) .....	90
Tabla 12. Estructura de los servicios de salud en Colombia .....	95
Tabla 13. Consolidado Tutelas Corte Constitucional 2012 – 2013 .....	105
Tabla 14. Participación tutelas derecho a la salud y a la seguridad social 2012 – 2013 .....	106
Tabla 15. Porcentaje de personas con acceso médico por ubicación geográfica 1997 y 2012 .....	111
Tabla 16. Acceso a la salud por características del sistema .....	112
Tabla 17. Acceso a la salud por características socioeconómicas .....	113
Tabla 18. Razones por las cuales no tuvieron acceso los colombianos, 1997 y 2012 .....	113

Tabla 19. Principios del SGSSS y del derecho fundamental a la salud .....	117
Tabla 20. Costo médico Régimen Contributivo 2008 (cifra en miles de pesos) ...	125
Tabla 22. Estimación Estructura Costos Aseguramiento 2008 (cifras en miles de pesos) .....	135
Tabla 21. Costo médico régimen subsidiado 2008 (cifra en miles de pesos) .....	126
Tabla 23. Aplicación de estructura de costos al valor de la UPC 2015 .....	137
Tabla 24. Costo unitario promedio de algunos procedimientos en salud 2008 ....	129
Tabla 25. Costo unitario ponderado para cada procedimiento agrupado 2008 ...	130

## RESUMEN

**TITULO:** MECANISMOS DE CONTRATACIÓN ENTRE LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- Y SU IMPACTO EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD\*

**AUTOR:** VEGA GÓMEZ, Sandra Milena.\*\*

**PALABRAS CLAVES:** Derecho a la salud, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Acceso a los servicios de salud, Contratación de servicios de salud.

**DESCRIPCIÓN:** La dinámica de las relaciones contractuales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se constituye en materia de interés por el impacto que tienen en el acceso de la población a los servicios de salud con criterios de calidad, seguridad y oportunidad. A través del presente estudio se realiza una revisión de los antecedentes y evolución del derecho a la salud, de la estructura y funcionamiento del SGSSS, del acceso a los servicios como elemento fundamental de este derecho, de los mecanismos de contratación entre las entidades Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), identificando sus características y condiciones en un entorno de libertad de empresa y libre competencia y del impacto que estos tienen en el acceso de la población a los servicios. Se concluye que el derecho a la salud se limita, restringe y vulnera como producto del desequilibrio económico que se presenta a nivel del SGSSS y que trasciende a las relaciones contractuales entre aseguradoras y prestadoras. Finalmente se proponen acciones de mejora con el fin de avanzar en la articulación y equilibrio entre el acceso y la calidad de los servicios que reciben los usuarios y el recurso financiero que poseen las entidades.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Derecho y Ciencia Política. Director: Prf. Armando Castro Pérez

## ABSTRACT

**TITLE:** CONTRACTING MECHANISMS BETWEEN HEALTH PROMOTION ENTITIES (EPS) AND THE INSTITUTIONS PROVIDING HEALTH SERVICES (IPS) AND ITS IMPACT ON POPULATION ACCESS SERVICES AS A FUNDAMENTAL ELEMENT OF THE RIGHT TO HEALTH\*

**AUTHOR:** VEGA GÓMEZ, Sandra Milena.\*\*

**KEYWORDS:** Right to health, General Social Security System for Health, Access to health services, contracting health services.

**DESCRIPTION:** The dynamics of contractual relations in the General Social Security System for Health (SGSSS) it is a matter of concern for the impact on the population's access to health services with criteria of quality, safety and opportunity. Through this study a review of the history and evolution of the right to health, the structure and operation of the SGSSS, access to services as an essential element of this right, contracting mechanisms between Health Promotion Entities (EPS) and the Institutions Providing Health Services (IPS), identifying its characteristics and conditions in an environment of free enterprise and free competition and the impact they have on people's access to services. We conclude that the right to health is limited, restricted and violated as a result of economic imbalance that occurs at the SGSSS level that transcends the contractual relations between insurers and providers. Finally improvement actions are proposed in order to advance the articulation and balance between access and quality of services received by users and the financial resources for entities.

---

\* Work Degree.

\*\* Faculty of Human Sciences. School of Law and Political Science. Directed by Prf. Armando Castro Pérez.

## INTRODUCCIÓN

Uno de los principales desafíos que enfrenta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el acceso de la población a los servicios de salud, si bien el incremento en las coberturas de aseguramiento que hoy en día superan el 96% fue el mecanismo proyectado por la Ley 100 de 1993 para facilitar el acceso a la salud, en Colombia no resultó siendo el único factor determinante en la utilización de los servicios. Estar afiliada a un régimen de salud y cobijada por un plan de beneficios no es garantía suficiente para que una persona reciba atención médica, existen barreras que limitan la asignación de los servicios, la atención oportuna, la continuidad de los tratamientos y por ende el mejoramiento de sus condiciones psico-físicas y su derecho a la salud.

A nivel general el sistema de salud colombiano está compuesto por tres actores: El Estado, que tiene a su cargo la coordinación, dirección, control y vigilancia del sistema y de todas las entidades que lo conforman; las Entidades Responsables de Pago (ERP) dentro de las que se encuentran las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que afilian a la población, actúan como aseguradoras y administradoras de los recursos, organizan y contratan a una red de servicios a través de la cual deben asegurar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y gestionar los riesgos en salud de la población, y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que son los hospitales o empresas sociales del Estado (ESE), clínicas privadas, laboratorios, profesionales independientes, transportadores de pacientes, etc., encargados de prestar directamente los servicios a los usuarios cumpliendo con unos estándares mínimos de calidad y conforme al alcance de los contratos de prestación de servicios que suscriben con las EPS.

Las relaciones entre EPS e IPS se materializan a través de negocios jurídicos o acuerdos de voluntades sujetos a las normas que en materia de salud le son aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y deben cumplir con las solemnidades que determinan las normas pertinentes; tanto EPS como IPS persiguen a través de sus operaciones crear, mantener o incrementar su patrimonio, pues al igual que cualquier tipo de empresa les son reconocidas las libertades económicas (libertad de empresa y libre competencia) que conlleva el modelo de economía social de mercado introducido por el legislador en la Constitución Política de 1991, sin perjuicio claro está de la intervención que debe hacer el Estado en vista del interés público que envuelven los servicios de salud. A pesar de ello, los modelos actuales de contratación en salud presentan dificultades que se evidencian en el desequilibrio financiero que generan entre los actores, lo que conlleva a su vez a la deficiencia en la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

No obstante la connotación de libre mercado, las variantes en los mecanismos de contratación y pago que se establezcan en dichos acuerdos o el nivel o cantidad de servicios que se incluyan, la rentabilidad o pérdida que de ellos se derive; el objeto que allí se contrata es el derecho social fundamental a la salud, en ese sentido, la dinámica que se genere de estas relaciones adquiere suma importancia por la trascendencia que tienen en la salud y vida de las personas, en otras palabras, la consecuencia del incumplimiento por cualquiera de las partes a las obligaciones derivadas del contrato, implica inevitablemente la limitación o vulneración el derecho a la salud de las personas.

En virtud de lo anterior, la presente tesis plantea el siguiente problema de investigación: ¿El acceso de la población a los servicios de salud se ve limitado o vulnerado como producto de la dinámica de las relaciones contractuales existentes entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)?

Para lograr la respuesta a este interrogante, se marcó un gran propósito u objetivo, el cual fue: Revisar los mecanismos de contratación vigentes entre las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- con el fin de determinar su impacto en el acceso de la población a los servicios de salud y proponer acciones de mejora que propendan por la garantía de este derecho.

Conforme a lo anterior, se propusieron y abarcaron tres objetivos específicos orientados metodológicamente a la solución de la problemática expuesta, dichos objetivos son: el primero, consultar los contenidos constitucionales, legales, jurisprudenciales e informativos más relevantes sobre el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud, identificando los motivos por los cuales se limita o restringe este derecho; el segundo, identificar los componentes y alcances de los mecanismos de contratación de servicios de salud vigentes entre las Entidades Promotoras de Salud -EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS- y el tercero, determinar el impacto que tienen dichos mecanismos de contratación en el acceso de la población a los servicios, proponiendo acciones de mejora que propendan por la garantía de este derecho.

En cuanto al diseño metodológico del presente trabajo, el enfoque de investigación utilizado fue de tipo cualitativo, de nivel descriptivo, en lo que corresponde a la identificación de las características, propiedades, dimensiones y regularidades del fenómeno de la contratación entre EPS e IPS y a los contenidos teóricos, investigativos, normativos y jurisprudenciales recopilados en torno al derecho a la salud, avanzando a un nivel explicativo en lo referente a determinar como se manifiesta el fenómeno de los mecanismos de contratación en mención en la garantía del acceso de la población a los servicios de salud y frente a la propuesta de acciones de mejora que propendan por la garantía del derecho a la salud para la población usuaria.

Por su parte, la técnica de investigación utilizada fue el análisis documental, el cual se relaciona con el material recopilado sobre las diferentes modalidades y prácticas de contratación que se predicen en las relaciones entre las Empresas Promotoras de Salud –EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, sobre la sostenibilidad financiera de estas entidades y sobre los contenidos teóricos, investigativos, normativos y jurisprudenciales en torno al derecho a la salud y al acceso de la población a los servicios de salud. En relación con las fuentes de donde se extrajo la información utilizada, la presente investigación se considera de carácter documental o bibliográfica por cuanto utilizó principalmente datos secundarios que se hallan en material publicado a través de diferentes medios.

El presente estudio tuvo su desarrollo a través de cuatro fases a saber: Una fase preparatoria, que incorporó una etapa reflexiva, en donde a partir del conocimiento y experiencia sobre las modalidades de contratación entre EPS e IPS y su relación con el acceso de la población a los servicios de salud se estableció el marco de antecedentes investigativos, teóricos y conceptuales que fundamentaron la investigación y una etapa de diseño, dedicada a la planificación de las actividades que se ejecutaron a lo largo del trabajo, el entregable en esta fase lo constituyó la propuesta o proyecto de investigación.

Una segunda fase de trabajo de campo, donde se accedió progresivamente a la información fundamental para resolver el problema de investigación y en este sentido, se realizó una búsqueda exhaustiva y recopilación objetiva de información sobre el funcionamiento y operación del Sistema General de Seguridad Social y sobre el derecho a la salud, para posteriormente focalizar la información sobre las diferentes modalidades y prácticas de contratación vigentes en las relaciones entre las Empresas Promotoras de Salud –EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-, la sostenibilidad financiera de estas entidades los contenidos teóricos, investigativos, normativos y jurisprudenciales en torno al

acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud, el entregable en esta fase estuvo materializado en los datos acumulados en relación al objeto de estudio.

Se continuó con una fase analítica en la que como su nombre lo indica se efectuó el proceso de análisis de los datos e información recogida en la fase de trabajo de campo, proceso que se realizó a modo de sistematización de la experiencia (reducción de datos, disposición y transformación de datos y obtención de resultados y verificación de conclusiones): el entregable en esta etapa se materializó con sistematización y análisis de información cuyo resultado fue la determinación de la relación existente entre la limitación o vulneración en el acceso de la población a los servicios de salud y los mecanismos de contratación vigentes entre EPS e IPS.

Por último, se avanza en la fase informativa con la presentación y difusión de los resultados de la investigación con los cuales se pretende dejar en evidencia una mayor comprensión sobre el fenómeno de estudio y compartir esa comprensión con el público interesado a modo de hallazgos y resultados que apoyen las conclusiones sobre los mecanismos de contratación vigentes entre las Empresas Promotoras de Salud -EPS- y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- y su impacto en el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud y a manera de complemento proponer acciones de mejora a los actuales mecanismos de contratación que propendan por el mejoramiento en el acceso a la prestación de servicios de salud.

## **1. DE LOS ANTECEDENTES Y EVOLUCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD Y SU NATURALEZA JURIDICA**

Antes de entrar a desarrollar el tema objeto de estudio, esto es, el acceso de la población a los servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como elemento fundamental del derecho a la salud, se considera de interés conocer a grandes rasgos sobre los antecedentes y evolución del derecho a la salud en Colombia y cuál es su naturaleza jurídica, para posteriormente centrar la atención en los elementos que lo componen y de los cuales depende su materialización.

### **1.1.EL DERECHO A LA SALUD EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS**

En la medida en que en la Constitución de 1991<sup>1</sup> se establece que los derechos y los deberes que ella consagra deben interpretarse de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia (CP, art. 93) y que estos instrumentos jurídicos prevalecen en el orden interno, se torna indispensable para el presente estudio exponer el contenido y alcance de dichos tratados en lo que corresponde al derecho a la salud.

La recopilación que se presenta a continuación, resalta los principales momentos del desarrollo del derecho a la salud, como uno de los derechos económicos, sociales y culturales y así mismo el carácter de fundamental que se le ha reconocido.

---

<sup>1</sup> COLOMBIA. Constitución Política. Gaceta Constitucional No. 127 de octubre de 1991.

El derecho a la salud está ampliamente reconocido en el derecho internacional de los derechos humanos, al igual que en los sistemas de protección regionales. Para no ir más atrás, podría indicarse tiene su principal asidero en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADH)<sup>2</sup>, aprobada por la IX Conferencia Internacional Americana realizada en Bogotá en 1948 y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)<sup>3</sup> que fue promulgada seis meses después. En la Declaración Americana, se establece que *“Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad (Artículo XI)”* y que *“Toda persona tiene derecho a la seguridad social que le proteja contra las consecuencias de la desocupación, de la vejez y de la incapacidad que, proveniente de cualquier otra causa ajena a su voluntad, la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios de subsistencia (Artículo XVI)”*.

A su vez, la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) contempla que *“Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad”* (Artículo 22) y que *“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de*

---

<sup>2</sup> DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE [Disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> ] [consultado enero 13 2015]

<sup>3</sup> DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS [Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>] [consultado (enero 13 2015)]

*matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social” (Artículo 25)”*.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es considerada a nivel general como el fundamento de las normas internacionales y la inspiradora de los demás tratados y pactos internacionales, de convenciones, declaraciones regionales e incluso de disposiciones constitucionales sobre derechos humanos, que sumadas constituyen para cualquier país en un amplio y vinculante sistema jurídico para la promoción y salvaguarda de estos derechos, incluido el derecho a la salud. En ese sentido, sirvió de referente para la creación de las dos convenciones internacionales de la Organización de las Naciones Unidas -ONU-: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptados en 1976, de los cuales por efectos de orden cronológico se comentará más adelante.

Otro de los referentes en la evolución del derecho a la salud lo constituye el Derecho de Ginebra, como se le conoce al conjunto de los cuatro Convenios de Ginebra o Convenciones de Ginebra actualizados en 1949<sup>4</sup>, que regulan el derecho internacional humanitario y que fueron adoptados para proteger a las víctimas de los conflictos armados. A través de estos primeros instrumentos jurídicos de protección de derechos humanos en circunstancias de guerra, se se consagra y protege a nivel internacional el derecho a la salud en el marco del conflicto armado, otorgándole carácter de irrenunciabilidad a determinados

---

<sup>4</sup> La Primera Convención de Ginebra, que comprende el *Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte que corren los militares heridos en los ejércitos en campaña* de 1864, actualizado en las siguientes convenciones de 1906, 1929 y 1949. La Segunda Convención de Ginebra, que comprende el *Convenio de Ginebra para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos, enfermos o náufragos en las fuerzas armadas en el mar* de 1906, actualizado en las siguientes convenciones de 1929 y 1949. La Tercera Convención de Ginebra, que comprende el *Convenio de Ginebra para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña* y el *Convenio de Ginebra relativo al trato de los prisioneros de guerra*, ambos de 1929, actualizados en la siguiente convención de 1949. La Cuarta Convención de Ginebra, que comprende el *Convenio de Ginebra relativo a la Protección de Personas Civiles en Tiempo de Guerra* de 1949

ámbitos para su protección y estableciendo prerrogativas derivados del derecho a la salud también irrenunciables, es así como se establece para las Partes en conflicto obligaciones de respeto y protección frente a la salud de los heridos y enfermos participen o no en las hostilidades, la prohibición de atacar puestos de salud fijos o móviles, en cuanto a los prisioneros de guerra se debe asegurar su asistencia médica y no imponer trabajos o sanciones que menoscaben su salud, para los extranjeros en territorio del conflicto se debe garantizar tratamiento médico y asistencia hospitalaria si lo requiere en las mismas condiciones que a los nacionales.

Un tratado internacional que también cobra importancia en torno al derecho a la salud es la Declaración de los Derechos del Niño<sup>5</sup> aprobada por unanimidad por los 78 Estados miembros de la ONU en noviembre de 1959, en donde se advierte que *“el niño por su falta de madurez física y mental”,* requiere de protección y cuidados especiales antes y después del nacimiento y proclama diez principios para cumplir con este fin, dentro de los que se resaltan que *“el niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el interés superior del niño”* (Principio II) y que *“el niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados”*.

---

<sup>5</sup> DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO [Disponible en: <http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>] [consultado enero 16 de 2015]

Otros documentos adoptados en el ámbito internacional que desarrollaron prerrogativas (para grupos poblacionales específicos) en torno a la protección del derecho a la salud, a la prestación de servicios médicos y al establecimiento de condiciones sanitarias mínimas para garantizarlo, fueron:

- ✓ *Las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos* (1955)<sup>6</sup>, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) de 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) de 13 de mayo de 1977.
  
- ✓ *La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial de Naciones Unidas* (1965)<sup>7</sup>, adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965.
  
- ✓ *La Declaración sobre la eliminación de la discriminación contra la mujer*<sup>8</sup>, proclamada por la Asamblea General en su resolución 2263 (XXII) de 7 de noviembre de 1967.

Retomando lo mencionado en párrafos anteriores, existen dos tratados internacionales sobre derechos humanos adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante Resolución 2200A (XXI) de 16 de diciembre de 1966 y que entraron en vigencia en 1976: el *Pacto Internacional de Derechos*

---

<sup>6</sup> TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS [Disponible en: [http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/reglas\\_minimas\\_tratamiento\\_reclusos.html](http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/reglas_minimas_tratamiento_reclusos.html)] [consultado enero 16 de 2015]

<sup>7</sup> DISCRIMINACIÓN RACIAL [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>] [consultado enero 17 de 2015]

<sup>8</sup> DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER [Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/1967\\_Declaracion\\_sobre\\_la Eliminacion\\_de\\_la\\_discriminacion\\_contra\\_la\\_mujer.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/1967_Declaracion_sobre_la Eliminacion_de_la_discriminacion_contra_la_mujer.pdf)] [consultado enero 17 de 2015]

*Civiles y Políticos (PIDCP)*<sup>9</sup> y el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*<sup>10</sup>, estos pactos unidos a sus protocolos correspondientes y a la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 constituyen la Carta Internacional de Derechos Humanos y establecen avances de gran importancia frente a la protección y garantía del derecho a la salud, es así como en el PIDCP en su artículo 7 establece que “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos*” y el PIDESC marca un gran precedente al disponer en su artículo 12 que “*1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, 2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad*”.

En Europa, en los años 60 se avanza en la defensa de la salud como derecho, al adoptarse en 1961 la Carta Social Europea<sup>11</sup>, en donde las partes contratantes reconocen que se deberán establecer por todos los medios de carácter nacional y/o internacional las condiciones que hagan efectivos los derechos y principios en ella consagrados, frente al componente de salud se estipula que “...3. *Todos los*

---

<sup>9</sup> PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS [Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/pdcp.html>] [consultado enero 17 de 2015]

<sup>10</sup> PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>] [consultado enero 17 de 2015]

<sup>11</sup> La Carta Social Europea (1961 – 1996) fue hecha en Turín, en el seno del Consejo de Europa, el 18 de octubre de 1961, y firmada en Estrasburgo el 27 de abril de 1978, constituye la Declaración de Derechos sociales más completa en el ámbito europeo

*trabajadores tienen derecho a la seguridad y a la higiene en el trabajo... 11. Toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar. 12. Todos los trabajadores y las personas a su cargo tienen derecho a la Seguridad Social. 13. Toda persona que carezca de recursos suficientes tiene derecho a la asistencia social y médica*<sup>12</sup>.

Al finalizar la década de los 60, en el ámbito regional, el derecho a la salud hace su despliegue a través de la *Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, 1969, San José, Costa Rica – Pacto de San José)*<sup>13</sup> que se adopta en consideración a las declaraciones internacionales previas de derechos humanos y reitera que la realización del ser humano en condiciones de libertad se puede dar si se garantizan condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos y con relación a los primeros se plantea el compromiso para los Estados parte de adoptar la jurisprudencia nacional e internacional para lograr su efectividad de manera progresiva. En lo que concierne al derecho a la salud, el Pacto de San José consagra que la salud es un límite a varios de los derechos civiles y políticos reconocidos en él.

Por su parte, también en 1969, a través de la *Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social*<sup>14</sup>, se manifiesta que el desarrollo y progreso social encuentran sustento en el respeto a la dignidad y el valor del ser humano y para ello se requiere entre otras cosas del reconocimiento y la aplicación efectiva de los

---

<sup>12</sup> DERECHOS A LA ASISTENCIA SOCIAL Y MEDICA [Disponible en: [http://www.idhc.org/cat/documents/Incidencia/CoE/TRATADOS/CARTA\\_SOCIAL.pdf](http://www.idhc.org/cat/documents/Incidencia/CoE/TRATADOS/CARTA_SOCIAL.pdf)] [consultado enero 19 de 2015]

<sup>13</sup> CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS [Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b-32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm](http://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm)] [consultado enero 22 de 2015]

<sup>14</sup> DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>] [consultado enero 22 de 2015]

derechos civiles y políticos y de los derechos económicos sociales y culturales y, así mismo se indica que se debe trabajar en la continua elevación del nivel de vida tanto material como espiritual de todos los miembros de la sociedad y en lo que corresponde a la salud, incorpora como objetivo principal *el logro de los más altos niveles de salud y la prestación de servicios de protección sanitaria para toda la población, de ser posible en forma gratuita*, y los siguientes métodos para lograrlo: *proporcionar gratuitamente servicios sanitarios a toda la población, asegurar instalaciones y servicios preventivos y curativos adecuados y servicios médicos de bienestar social accesibles a todos, establecer y promulgar medidas legislativas y reglamentarias encaminadas a poner en práctica un amplio sistema de planes de seguridad social y servicios de asistencia social y a mejor y coordinar los servicios existentes, prestación de servicios de bienestar social los trabajadores migrantes y sus familias y la institución de medidas apropiadas para la rehabilitación de las personas mental o físicamente impedidas, especialmente los niños y los jóvenes.*

En la década de los 70 se llevó a cabo quizá uno de los eventos de política de salud internacional más importante, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud de Alma-Ata, cuya intención se sintetiza en la Declaración de Alma-Ata<sup>15</sup> y que fue determinante en la adopción del concepto de salud como un derecho humano del cual hombres y mujeres son titulares. Bajo el lema “Salud para Todos en el año 2000” resalta la importancia que tiene la atención primaria en salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud y la urgente necesidad de la toma de acciones prestacionales, preventivas y promocionales por parte de los Estados, trabajadores de la salud y comunidad internacional, para garantizar este derecho.

---

<sup>15</sup> DECLARACIÓN ALMA-ATA [Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)] [consultado enero 23 de 2015]

En 1979 se emite la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*<sup>16</sup> que reviste importancia por incorporar a la población femenina al ámbito de los derechos humanos en sus distintas expresiones, focalizándose en tres aspectos: sus derechos civiles y su condición social y jurídica, la reproducción humana y los efectos de los factores culturales en las relaciones entre hombres y mujeres. Específicamente en referencia al componente de salud, la Convención establece en su artículo 12 que *los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia y que sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.*

El Comité de derechos humanos de la ONU, adoptó en el año 1982 la Observación General N° 6 sobre el derecho a la vida, a través de este instrumento, se reiteró la interdependencia de los derechos a la vida y a la salud. Al entenderse el derecho a la vida como inherente a las personas no puede ejercerse el mismo sin el mejoramiento de las condiciones que favorezcan tener una salud adecuada y se consideró oportuno que los Estados Partes adoptaran las medidas adecuadas para disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida<sup>17</sup>.

Otro instrumento adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas que establece aspectos relevantes con relación al derecho a la salud, lo constituye los

---

<sup>16</sup> CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER [Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>] [consultado enero 23 de 2015]

<sup>17</sup> COMITÉ DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA ONU [Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom6.html>] [consultado enero 26 de 2015]

*Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982)*<sup>18</sup>, en donde se consagró la obligación para el personal médico de prestar servicios de salud a las personas privadas de libertad bajo criterios éticos, la prohibición de utilizar su conocimiento médico para la realización de interrogatorios o torturas y de mantener trato profesional con fines diferentes al mejoramiento y mantenimiento de la salud, así mismo se reitera que ningún detenido o preso puede ser sometido aún con su consentimiento a experimentaciones científicas o médicas que puedan resultar perjudiciales para su salud.

En 1986 se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, en donde se emite la denominada Carta de Ottawa<sup>19</sup> dirigida a la consecución del objetivo “Salud para Todos en el año 2000” y se considera como una respuesta a la necesidad de una nueva concepción de la salud pública, se fundamentó en los logros obtenidos con la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria y sintetiza los enfoques, estrategias y proposiciones que los participantes consideraron relevantes para lograr un avance significativo en torno al progreso y la promoción de la salud.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, *Protocolo de San Salvador de 1988*<sup>20</sup>, presenta un avance significativo en cuanto a la protección de los derechos económicos, sociales y culturales, en el ámbito latinoamericano y se adopta entre otras cosas por la necesidad de reafirmar, desarrollar, perfeccionar y proteger estos derechos el régimen democrático

---

<sup>18</sup> ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS [Disponible en: <http://www.cidh.org/privadas/principiosdeetica.htm>] [consultado enero 26 de 2015]

<sup>19</sup> CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD [Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>] [consultado enero 26 de 2015]

<sup>20</sup> PROTOCOLO DE SAN SALVADOR [Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>] [consultado enero 28 de 2015]

regional. Específicamente en el ámbito de la salud reconoce que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y que con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar medidas para garantizarlo.

En el año 1989 fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, el primer tratado vinculante a nivel internacional que concentra en un único documento los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales de los niños, la *Convención sobre los derechos del niño*<sup>21</sup>, en ella se reconoce que los menores de 18 años tienen los mismos derechos que los adultos y se enfatiza en aquellos derechos derivados de su especial condición de seres humanos que requieren de protección especial. En relación al objeto de estudio indica que los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquéllos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil y que es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.

Durante los años 90 y principios del siglo XXI, el desarrollo del derecho internacional de derechos humanos se focalizó en la determinación del alcance y orientación de los instrumentos legales vigentes y no tanto en la creación de nuevos documentos, labor que principalmente desarrolló el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales, el nuevo texto legal adoptado en este período fue la *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*<sup>22</sup> que tiene por objeto estipular las

---

<sup>21</sup> CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO [Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)] [consultado enero 28 de 2015]

<sup>22</sup> CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE SUS FAMILIARES [Disponible en:

normas mínimas que los Estados Partes deben cumplir en relación con los trabajadores migratorios y sus familiares de manera independiente a su condición migratoria y en lo que concierne al componente de salud se establece el derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate y que esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo.

En 1993 fue adoptada por parte de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos la Declaración y Programa de acción de Viena<sup>23</sup>, en donde se destaca el carácter universal, indivisible, interdependiente e interrelacionado de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos y se compromete a los Estados a promover y proteger estos derechos y se avanza de manera trascendental al eliminar la supuesta jerarquía de que los derechos sociales, económicos y culturales tenían menos relevancia que los derechos civiles y políticos. En materia de salud, se reconoce para la mujer el disfrute del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida, se reafirma sobre la base de la igualdad de géneros, el derecho que ella tiene al tener una adecuada atención en salud y servicios de planificación familiar.

A través del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), establecido desde 1985 por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC) para desempeñar las labores de supervisión al Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), se han venido realizando una serie de observaciones orientadas al cumplimiento de las

---

<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet24Rev.1sp.pdf> [consultado enero 30 de 2015]

<sup>23</sup> CONFERENCIA MUNDIAL DE LOS DERECHOS HUMANOS [Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf) ] [consultado enero 30 de 2015]

disposiciones contenidas en este instrumento jurídico, no obstante, en relación con el derecho a la salud, si bien es mencionado en varios de estos documentos, se considera determinante la Observación N° 14 del año 2000<sup>24</sup> sobre *el derecho al disfrute del más alto nivel de salud* (artículo 12 PIDECES) pues contiene el más amplio desarrollo en cuanto a su significado y su alcance, es así como en su numeral 1 se establece: *“La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley”*, en el numeral 2 señala los instrumentos jurídicos a través de los que se ha reconocido ampliamente este derecho, por su parte el numeral 3 resalta la estrecha vinculación y dependencia del derecho a la salud con el ejercicio de otros derechos humanos. En el numeral 4 se indica que la referencia que se hace al "más alto nivel posible de salud física y mental" no se limita al derecho a la atención de la salud sino que incluye otros factores socioeconómicos que son determinantes para alcanzarlo como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano. El numeral 8 considera que el derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano, sino que entraña libertades y derechos, como el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales y el derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales

---

<sup>24</sup> DERECHO A LA SALUD [Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>] [consultado enero 30 de 2015]

para disfrutar del más alto nivel posible de salud. En el numeral 9 afirma que el concepto del "más alto nivel posible de salud", tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.

En el numeral 12 el Comité define los elementos esenciales e interrelacionados que abarca el derecho a la salud y que por la trascendencia que tiene para el objeto de estudio se transcriben a continuación:

“...a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos

por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

d) Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas...”

A lo largo del documento Observación N° 14 el Comité continúa reconociendo y señalando los factores determinantes para el alcance progresivo y efectivo al más alto nivel de salud posible y establece para los Estados Parte acciones y obligaciones para respetar, proteger y garantizar este derecho.

En síntesis se puede concluir que los instrumentos jurídicos hasta aquí relacionados, constituyen un mecanismo de exigibilidad para los Estados Parte, (dentro de los que se incluye Colombia) en torno a la adopción de acciones y medidas orientadas a la protección y garantía del derecho a la salud a toda la población y una herramienta para concebir este derecho como un derecho humano fundamental.

## **1.2.EL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA POLITICO Y JURIDICO COLOMBIANO**

La dinámica del derecho a la salud está influenciada de manera directa por la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud de cada región.

El sistema de salud colombiano ha atravesado por varios períodos en su evolución, el primero data desde la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados del siglo XX en donde se erigió un modelo netamente higienista cuyas acciones se focalizaban en la atención de eventos sanitarios y ambientales y su incidencia sobre otras enfermedades y en donde la labor del estado se limitaba a inspección y vigilancia en este sentido, el derecho a la salud a nivel constitucional se asociaba al término de salubridad pública en el trabajo y a nivel profesional y como asistencia pública a las personas en condición de discapacidad para laborar, la atención preventiva y curativa era financiada de modo particular y en ciertos casos por entidades de caridad. La Constitución de 1886, hace referencia a la beneficencia, con preocupación preferente por los servicios de salud. El artículo 19º ibídem, se refería al derecho a la asistencia pública. La Ley 82 de 1912 crea la Caja de Previsión Social del sector de las comunicaciones CAPRECOM. Mediante la Ley 57 de 1915 se implanta un primer esquema de sistema de seguridad social, con referencia a los accidentes de trabajo. La Ley 15 de 1925 se refiere a la higiene social y a la asistencia pública. La Ley 75 de 1925 establece la creación de la Caja de Sueldos de las Fuerzas Militares y la Caja de Sueldos de la Policía Nacional y luego sobrevino la Reforma Constitucional de 1936 de estirpe solidarista.

El origen del sistema de seguridad social en el país se puede inferir en este período con la creación en el año 1.945 de la Caja Nacional de Previsión Social que se encargaba de la atención en salud de los trabajadores del sector público y en 1.946 del Instituto Colombiano de Seguros Sociales que posteriormente fue

denominado como Instituto de Seguros Sociales, que prestaba servicios de salud a los trabajadores formales del sector privado y cuya actividad fue trascendental dentro del contexto de la salud en Colombia; a la fecha a estas dos entidades ya les fue decretada la terminación de su existencia legal en Junio de 2013 y Marzo de 2015 respectivamente.

Un segundo período que se extiende desde la década de 1960 hasta la promulgación de la Constitución de 1991 cubre el origen, desarrollo y declive del Sistema Nacional de Salud, la formación del sistema estuvo fundada sobre las tendencias higienistas y salubristas del período precedente y la organización de los servicios tuvo el influjo proveniente de movimientos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de esta forma la salud se comprendía integrada al concepto de desarrollo y se empezó a considerar más que como un gasto como una inversión para el país. En el año 1975 se constituye el Sistema Nacional de Salud que como su nombre lo indica fue un modelo de carácter nacional, centralista en las decisiones políticas, con predominio de lo público, financiado con ingresos corrientes de la nación que se transferían por delegación a los departamentos, a los servicios seccionales de salud; quienes tenían bajo su cargo la planeación, organización y dirección del sistema territorial de salud con base en la adopción de lineamientos nacionales, la administración de los recursos, el nombramiento de las plantas de personal y la inspección, vigilancia y control frente a la ejecución de los recursos que desde allí se transferían a los hospitales públicos de los diferentes municipios; desde un punto de vista crítico, este tipo de delegación se convirtió en el talón de Aquiles del sistema por los altos costos burocráticos que implicaba su organización, por las nóminas paralelas que se generaban y por el conflicto de intereses que se presentaba ya que una misma entidad podía actuar como juez y parte en los procesos de auditoría y control, aunado a que no resultó suficiente para garantizar una atención integral a la población de escasos recursos.

A mediados de la década de los 70, con el fin de fortalecer a las entidades territoriales, el país entra en la onda de la descentralización, proceso que no resultó ajeno al sector salud y que veinte años más tarde se vería concluido normativamente en la Ley 10 de 1990<sup>25</sup> que reorganizó el Sistema Nacional de Salud e introdujo cambios a nivel institucional para la construcción de un sistema más eficiente, se organiza el sistema por niveles de atención y grados de complejidad (que en la actualidad persisten) conforme a las necesidades de la población y a la cobertura geográfica primordialmente, en ese sentido, se transfiere la responsabilidad a las entidades territoriales de la prestación de los servicios de salud, a las del orden municipal la dirección y prestación de los servicios básicos de primer nivel de atención a través de los hospitales locales y de los centros de salud y a las del orden departamental la de los servicios de salud del segundo y tercer nivel de atención por medio de los hospitales regionales, especializados y universitarios. Desde un punto de vista conceptual esta Ley cobra transcendencia pues consagra la salud como servicio público a cargo de la nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes y administrado en asocio con las entidades territoriales y el sector privado, por su parte desde la lógica del Estado como interventor y regulador se establecen también los principios básicos que para entonces debían regir el sistema: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. La Ley 10 es la precursora en la gestión del cambio que tuvo el estado colombiano en materia de salud con la promulgación de la Constitución de 1991 y las Leyes 60 y 100 de 1993.

El tercer período de la evolución del sistema de salud en Colombia, considerado el más extenso no en tiempo sino en términos de producción jurídica, parte de la promulgación de la Constitución de 1991, pasando por la creación de la Ley 100 de 1993 y sus varias reformas, hasta la sanción de la Ley estatutaria de salud en

---

<sup>25</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [Disponible en: [http://www.dermatologia.gov.co/el\\_instituto/normatividad/leyes/ley\\_10\\_1990](http://www.dermatologia.gov.co/el_instituto/normatividad/leyes/ley_10_1990)] [consultado febrero 3 de 2015]

febrero de 2015 que convierte y consolida el derecho a la salud como un derecho fundamental autónomo.

Con la entrada en vigencia de la Constitución Política en 1991, se erige un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social en el país, se da la la transición hacia un Estado Social de Derecho, lo que conllevó a reorientar las formas y mecanismos en la provisión de algunos servicios esenciales para la garantía de los derechos de la población, en materia de salud los artículos 48<sup>26</sup> y 49<sup>27</sup> constitucionales consagraron para todos los habitantes, el derecho a la seguridad social y a la atención en salud como servicios públicos de carácter obligatorio que se prestarán por entidades públicas y/o privadas en el marco de la libre competencia pero bajo la dirección, coordinación y control del estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad para lograr equidad, calidad y cobertura; se empieza a entender la salud como un derecho primordial de las personas y preponderante para la agenda gubernamental pues trasciende de ser un favor brindado por el Estado a convertirse en su obligación, a pesar de su definición como derecho prestacional.

No obstante, hasta el año 1993, la seguridad social y el sistema de salud se caracterizaban por una insuficiente cobertura de atención en salud, inequidad en la distribución de los recursos, una organización institucional ineficiente carente de una adecuada articulación entre la seguridad social y el sistema de salud, por resultados poco eficaces en comparación con el gasto total del sector y por una creciente insatisfacción de los usuarios, con la exigencia cada vez más marcada de que el sistema debía ser financieramente sostenible y plural en la prestación de los servicios a la población (entidades públicos y privados). Para contrarestar esta situación el mandato constitucional fue desarrollado en primera instancia por la Ley 60 de 1993 que definió nuevas reglas y fórmulas para la distribución de los

---

<sup>26</sup> COLOMBIA. Constitución Política. Gaceta Constitucional No. 127 de octubre de 1991.

<sup>27</sup> COLOMBIA. Constitución Política. Gaceta Constitucional No. 127 de octubre de 1991.

recursos y responsabilidades en la prestación de los servicios entre las entidades departamentos y municipios, todo bajo un modelo de Estado prestador.

Pero es a partir del año 1.993 con la promulgación de la Ley 100 de 1993 que crea el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- cuando se produce el mayor cambio estructural en materia de administración y prestación de servicios de salud en el país, pues el esquema centralizado, asistencialista y netamente público evoluciona a un modelo de atención integral fundamentado en el aseguramiento universal que concentra en un solo sistema a la población, a las prestaciones a que tienen derecho y a las entidades públicas y privadas del sector que deben garantizarlas.

En su preámbulo la Ley 100 de 1993 define el sistema de seguridad social integral como *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*<sup>28</sup>.

El sistema general de seguridad social en salud tiene dentro de sus alcances la regulación del servicio público de salud, la creación de condiciones para el acceso de todas las personas a los servicios en todos los niveles de atención, el cubrimiento de las contingencias tanto económicas y asistenciales derivadas de la enfermedad general y la maternidad de afiliados y beneficiarios y garantizar a la población el acceso a los servicios de promoción, prevención, protección y

---

<sup>28</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C., 1993. no. 41148. p. 1-168.

recuperación de la salud a través de un Plan Obligatorio de Salud (conjunto de actividades, consultas, intervenciones, procedimientos y medicamentos) que es administrado y prestado por entidades públicas y privadas bajo un esquema de competencia regulada, en los capítulos siguientes se incorpora una explicación más detallada acerca del funcionamiento del sistema y del fenómeno de la salud en condiciones de mercado.

En sus 21 años de trayectoria como política pública, el sistema general de seguridad social en salud colombiano ha sido objeto de una excesiva reglamentación, de numerosas intervenciones judiciales vía acción de tutela, de adecuaciones y cambios normativos de diferente índole y de un amplio desarrollo jurisprudencial dentro de los cuales se destacan: la Ley 715 de 2001 sobre descentralización del sistema que igualmente desmonta el Sistema General de Participaciones (SGP) reduciendo los recursos de la salud y la educación, la Ley 789 de 2002 que creó un Sistema de Protección Social basado en los riesgos de la salud, dos importantes reformas sobre condiciones de operación las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 que marca un hito en su evolución pues con fundamento en la revisión de 22 acciones de tutela se realiza una síntesis jurisprudencial sobre el derecho a la salud, se emiten disposiciones destinadas a corregir fallas estructurales del sistema, se declara el derecho a la salud como derecho fundamental y marca el precedente para la creación y promulgación de la norma más reciente que regirá el destino del sistema, la Ley estatutaria de salud N° 1751 de 2015 y a partir de la cual pudiera estar adentrándose el sistema de salud en un cuarto período en su evolución.

En el ámbito jurisprudencial desde el año 1.992 se venía protegiendo el derecho a la salud por tres vías: La primera, argumentando su relación de conexidad con el derecho a la vida, a la integridad personal y la la dignidad humana; la segunda, sustentando su fundamentalidad en los eventos en donde el accionante por su

naturaleza o condición de vulnerabilidad se consideraba sujeto de protección especial y por último, también reconociendo su naturaleza fundamental en lo referente a los contextos básicos, incorporando los servicios contemplados constitucionalmente, el bloque de constitucionalidad, la ley y los planes de beneficios. Con la expedición de la ley estatutaria creada con el objeto de garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, este derecho en Colombia se convierte sin lugar a dudas o a interpretaciones en un derecho fundamental autónomo e irrenunciable, a nivel individual y colectivo en virtud del principio de universalidad y acorde con la reiterada jurisprudencia de la Corte.

La Ley Estatutaria<sup>29</sup> establece que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Así mismo que el Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las persona y que de conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado. También define los siguientes elementos esenciales del derecho fundamental a la salud, así:

- ✓ **Disponibilidad:** El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.

---

<sup>29</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1751 (16, febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C., 2015. no. 49427.

- ✓ **Aceptabilidad:** Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad.
  
- ✓ **Accesibilidad:** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.
  
- ✓ **Calidad e idoneidad profesional:** Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Así las cosas, la naturaleza jurídica del derecho a la salud se entiende comprendida desde el análisis del bloque de constitucionalidad en aplicación con los artículos 48 y 49 constitucionales y con apropio a la amplia producción jurisprudencial que al respecto se ha generado desde la Corte Constitucional y con lo cual se ha permitido establecer que el derecho a la salud no es del orden legal sino constitucional y por ende la existencia de derechos prestacionales fundamentales; a futuro, la reglamentación que genere la entrada en vigor de la

ley estatutaria, permitirá enriquecer este entendimiento pues constituirá el marco referencial que señala el derrotero para la progresividad y concreción de este derecho.

## 2. DE LA NATURALEZA Y ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

### 2.1. MODELO DE SALUD EN CONDICIONES DE MERCADO

Dentro de las consideraciones que se tuvieron en cuenta para impulsar la reforma de salud de 1.993 se incluyen las bajas coberturas de población que ofrecía el sistema nacional de salud -dado que el esquema segmentado anterior sólo cubría a 15,7% de la población que correspondía a los más ricos y los empleados en el sector formal de la economía<sup>30</sup> y la ineficiencia y burocratización de sus entidades, principalmente la red hospitalaria. Con el fin de corregir estas fallas y en armonía con el cambio de modelo económico que se daba en el país, a través de la Ley 100 de 1993 se adoptó para el sector salud un modelo de competencia regulada que permitió la participación de las entidades privadas en la administración de los recursos y la prestación de los servicios de salud, asuntos que antes eran eminentemente públicos.

El modelo económico o de mercado desarrollado por la Ley 100 estuvo altamente influenciado por la agenda propuesta por el Banco Mundial a los países en desarrollo contenida en el Informe sobre el *Desarrollo Mundial 1993 Invertir en Salud* publicado el 31 de mayo de ese año, en cuya elaboración participó activamente la Organización Mundial de la Salud -OMS-<sup>31</sup>; y se puede afirmar tuvo su fundamento conceptual en las teorías de competencia gerenciada -*managed competence*- del economista estadounidense Alan Enthoven y del pluralismo

---

<sup>30</sup> VELANDIA, F., CORRAL, L., TALERO, R., VALENCIA, A., & SERNA, E. (1990). Financiamiento. En F. Yepes, La Salud en Colombia. Estudio Sectorial de Salud (Vol. II, págs. 81-259). Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación.

<sup>31</sup> BANCO MUNDIAL. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud. Informe preparado por un equipo de trabajo del Banco Mundial. Washington, DC: Banco Mundial; 1993. Serie de Informes: 34129.

estructurado de Juan Luis Londoño y Julio Frenk, el primero de ellos considerado gestor de la reforma de la seguridad social en el país.

En lo que a la primera teoría se refiere, durante la segunda mitad de los años 80 se hizo evidente en Estados Unidos la incapacidad para detener el incremento de los costos de atención médica y emergieron propuestas para “ajustar” los mercados. La opción más importante y trascendente fue la que propuso Alan Enthoven y que se conoce como atención gerenciada (*managed care*) ésta conduce a un escenario de competencia estructurada (*managed competition*) cuyas premisas son el logro de la mayor efectividad y eficiencia, con base en la libre elección de proveedores, el pago anticipado o prepago y la competencia entre los patrocinadores o terceros pagadores (*sponsors*). Para completar el escenario, se eligió una forma organizacional que al principio de los años 90 se reconoció como la de mayor potencial en términos de eficiencia y contención de costos, o sea, las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organizations -HMO-)<sup>32</sup>.

Se parte del hecho de que sustituyendo la regulación por la competencia será posible alcanzar mayor equidad. La competencia administrada alienta la competencia en el mercado de servicios de salud como forma de promover la eficiencia y el acceso a los servicios, y para tal fin propone la creación de los *sponsors*: consumidores inteligentes, públicos o privados, que actúan según intereses de los consumidores finales, negociando precios, cobertura, tiempo de internación, etc. El mercado, restringido a la acción de dos grandes fuerzas, los terceros pagadores y los consumidores, superaría esta limitación al incluir a los *sponsors*<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> RIVERO, Miguel y RIVERO SERRANO, Octavio. El Ejercicio Actual de la Medicina. Volume 2, Pág 122, 1ª edición, México 2003.

<sup>33</sup> REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS [Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200002&script=sci_arttext)] [consultado en febrero 17 de 2015]

Esta teoría fue adoptada en el país como un supuesto avance en su proceso de modernización y como política pública al impregnarse en la reforma a la salud, lo que trajo consigo novedades como la creación de aseguradoras, la implementación del modelo de atención gerenciada (managed care) para la intermediación en la prestación de servicios y la instauración de un mercado de competencia regulado en el aseguramiento y prestación de servicios (managed competition) en el cual tanto pagadores, como prestadores y afiliados al sistema haciendo uso de la autonomía de su voluntad podrían optar entre los diferentes proveedores, los que a su vez con el propósito de ser elegidos competirían en precio y calidad.

Según el profesor Naydú Acosta Ramirez de la Universidad Javeriana y consultor del Cendex<sup>34</sup>, la diferencia con el modelo original de Enthoven, es que la reforma de salud en Colombia desarrolla el concepto denominado “pluralismo y competencia estructurada” para caracterizar un sistema en el cual la competencia es gerenciada o estructurada por el Estado a través de reglas de juego explícitas y comunes, las cuales son legalmente validadas y unificadas para todos los articuladores e integrantes del sistema de salud; así mismo afirma que en la concepción de managed competition de Enthoven, se considera la posibilidad de diferentes “patrocinadores”, los cuales determinarían, con más autonomía, diferentes reglas de juego, sin asignar esta función como una responsabilidad exclusivamente gubernamental.

En la doctrina del pluralismo estructurado de Juan Luis Londoño y Julio Frenk<sup>35</sup>, las funciones tradicionales de financiamiento y prestación de servicios son adicionadas con las de modulación y articulación, se propone la organización del

---

<sup>34</sup> REFORMA COLOMBIANA DE SALUD [Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>] [consultado en febrero 17 de 2015]

<sup>35</sup> LONDOÑO, J. Y FRENK, J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, Documento de Trabajo 353, 1996.

sistema de salud en relación a estas funciones (estructurado) y que cada una de ellas sea manejada por entidades de naturaleza pública y/o privada especializadas e independientes (pluralismo). La función de modulación está asociada a la de regulación pero de manera más amplia, pues implica la reglamentación del sistema, el seguimiento a su implementación y la dirección estratégica del mismo. La función de articulación organiza las relaciones entre los usuarios de los servicios, los proveedores y las agencias financiadoras y permite el flujo de recursos entre la producción y el consumo de servicios. El “pluralismo estructurado” pretende encontrar un nivel intermedio para el funcionamiento en torno a la polaridad que se puede presentar, el “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado y en cuanto a lo “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia de criterios objetivos para subsanar las fallas del mercado.

Para un mejor entendimiento de la aplicación de esta ideología económica en el Sistema General de Seguridad Social del país, se trae a colación parte de la explicación realizada por Juan Luis Londoño en el artículo “*Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. La experiencia Colombiana*” de la Revista de Análisis Económico publicada por la Universidad de Georgetown (EE.UU):

El sistema colombiano puede caracterizarse como uno de competencia estructurada con financiamiento público para un paquete universal de servicios personales de salud. La esencia del sistema está en el diseño de las *instituciones* y de los *incentivos* globales para universalizar el acceso a la población.

El *diseño institucional* identifica agentes especializados para realizar las cuatro funciones básicas del Sistema de Salud: la rectoría, el financiamiento, la articulación y la producción de servicios.

En primer lugar, separa la rectoría del financiamiento y operación de los servicios de salud. Se crea un Consejo Nacional de Salud con amplios poderes regulatorios sobre el conjunto del sistema, se concentra al Ministerio de Salud en las tareas de dirección y asistencia técnica - descentralizando la provisión de servicios del Ministerio hacia los entes locales y empresas públicas independientes- y se fortalece a una Superintendencia como ente independiente especializado de control y supervisión.

En segundo lugar, la ley separa el financiamiento de la provisión de servicios, creando un Fondo Nacional de Salud (Fondo de Solidaridad y Garantía) independiente de las instituciones de seguridad social.

En tercer lugar, separa la producción de los servicios de organizaciones especializadas en la articulación de servicios de salud. Para ello realiza tres decisiones: especializa a las autoridades regionales en la garantía de los servicios de salud pública (*public health provision*) que constituyen bienes públicos o altas externalidades; especializa la provisión de servicios personales de salud en entidades autónomas, del orden público o privado, financiadas primordialmente a través de la venta de servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS-) y promueve la constitución de Organizaciones para la Articulación de los Servicios de Salud (EPS) como entidades especializadas en la compra de servicios que, además de garantizar el manejo del riesgo –como lo harían las entidades aseguradoras-, garantizan la conformación de redes (networks) para el acceso a los servicios y la representación de los usuarios.

De esta forma..., la ley colombiana crea un sistema con agentes especializados por funciones, donde la novedad está en el carácter central de las Organizaciones Articuladoras de Servicios como entes que permiten vincular la diversidad de poblaciones con la diversidad de productores de servicios...

Por su parte los *incentivos* globales se diseñaron para estructurar modalidades de competencia en aquel ámbito donde los mercados podrían tener menos fallas: la provisión integrada de servicios. Se minimiza la competencia en el financiamiento al fortalecer el carácter público de los recursos provistos por una contribución obligatoria (*mandatory*) y solidaria (del 12%) de las familias. Este sistema de prepago obligatorio debe resultar autofinanciado, pues la ley no previó subsidios para la población contributiva. Se buscó minimizar los efectos perversos de la competencia (como la atomización de los servicios o la segmentación de mercados) o de la libre elección (el comportamiento oportunista o *moral hazard*) al integrar los servicios, asegurar la movilidad de la población y constituir la familia como el núcleo de las decisiones.

La competencia se concentra entonces en la provisión integrada de servicios. Se estableció un paquete universal –integral y semicomprehensivo- de servicios de salud que las EPS garantizan a sus afiliados. Los afiliados contribuyen al Fondo de Salud de acuerdo con su capacidad de pago y el Fondo le paga a la EPS elegida por cada familia de acuerdo con sus riesgos previstos. Por la garantía del acceso a este paquete, el Fondo de Salud paga a cada Organización Articuladora una capitación ajustada por riesgo (*risk-adjusted capitation*), de acuerdo con el sexo, la edad (en 5 grupos) y la densidad poblacional del lugar de residencia (en 2 grupos) de los miembros de las familias. Sobre la base de esta capitación global -que en promedio es de 120 dólares por persona- las EPS articulan las redes de servicios sobre la base de la contratación o de prestadores propios, garantizando en cualquier caso un número plural de proveedores. Las familias que contribuyen al sistema tienen la opción de afiliarse a cualquiera de las Organizaciones Articuladoras por períodos

mínimos de un año, y estas organizaciones no pueden rechazar a las personas que buscan su afiliación o la renovación de sus contratos. Más que por la vía de los precios, el sistema colombiano buscó promover la competencia por la vía de la calidad de los servicios<sup>36</sup>.

En concordancia con lo anterior, se puede hablar de un sistema de mercado en salud en el que confluyen, de una parte, un sistema de aseguramiento y uno de prestación operados por agentes públicos y privados que componen la oferta de servicios y de otra, los usuarios y sus necesidades de salud que conforman la demanda, pero a diferencia de los mercados tradicionales en donde la oferta y la demanda interactúan para producir el precio y la cantidad de bienes o servicios, aquí el esquema de competencia regulada o estructurada por el Estado es el que los determina; el precio, mediante la fijación de una unidad de pago para cada usuario y la cantidad, a través de la determinación de un paquete de servicios o plan de beneficios, en este sentido la competencia no se esperaría en virtud del precio sino por la calidad y la eficiencia de los servicios ofrecidos por los agentes en el el aseguramiento y prestación, aunque es preciso indicar que en este aspecto también interviene el Estado al reglamentar unas condiciones mínimas de calidad en las que deben prestarse los servicios administrativos y asistenciales en salud.

En cuanto a la intervención del Estado como determinador de las reglas del mercado, esta tiene su asidero en la obligación que constitucionalmente tiene de garantizar de manera real y efectiva la prestación del servicio público de salud con fundamento en los principios de libertad económica (libertad de empresa y libre competencia), descentralización, solidaridad y la libre elección, entre otros, lo cual a su vez quedó ratificado como competencia estatal a través del artículo 153 de la Ley 100 de 1993.

---

<sup>36</sup> LONDOÑO, Juan L. Estructurando Pluralismo en los Servicios de Salud. La experiencia Colombiana. En: Revista de Análisis Económico. Noviembre, 1996, vol 11, no. 2, p. 37-60.

Al regularse la competencia entre los agentes del sistema se entendería que el ámbito de las expectativas, de las decisiones individuales de escogencia y el equilibrio del mercado deberían alcanzar un grado óptimo de funcionamiento en las relaciones económicas entre asegurador, prestador y usuario, por la posibilidad de libre elección que tiene el consumidor final y la competencia regulada que hay frente a los oferentes; se esperaría así que cada agente se comportase de manera racional, con los incentivos y barreras naturales que el sistema define y en últimas se podría inferir que la lógica de las fuerzas del mercado reguladas por el Estado sobre la cual está concebido el sistema de salud en Colombia podría alcanzar un óptimo beneficio social y asegurar la eficiencia de los recursos asignados y la eficacia en la prestación de servicios, bajo los principios de universalidad, libertad de elección, solidaridad, eficiencia y equidad; no obstante, y como se verá más adelante, estas hipótesis se empiezan a desmoronar ante la existencia de fallos en el mercado derivados de la asimetría en la información (riesgo moral y selección adversa), de la regularización y desregularización exagerada en el sector, de la insuficiencia de los recursos *versus* las necesidades en salud y los avances en las tecnologías médicas, de la transferencia del riesgo entre los agentes del sistema y del inminente impacto de las decisiones judiciales en torno a la protección del derecho a la salud, aspectos estos que interrelacionados han profundizado la crisis estructural y financiera que en la actualidad afronta la seguridad social en Colombia.

De otra parte, es preciso advertir que los planteamientos enunciados se circunscriben a las relaciones entre los agentes articuladores o aseguradores, los prestadores y los usuarios adscritos a los regímenes de vinculación definidos por el sistema General de Seguridad Social en Salud (Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado y Regímenes Excepcionales que se abordarán en el numeral siguiente) y no a las relaciones de las instituciones prestadoras con las personas que acuden a ellas en condición de particulares y que financian el pago de los

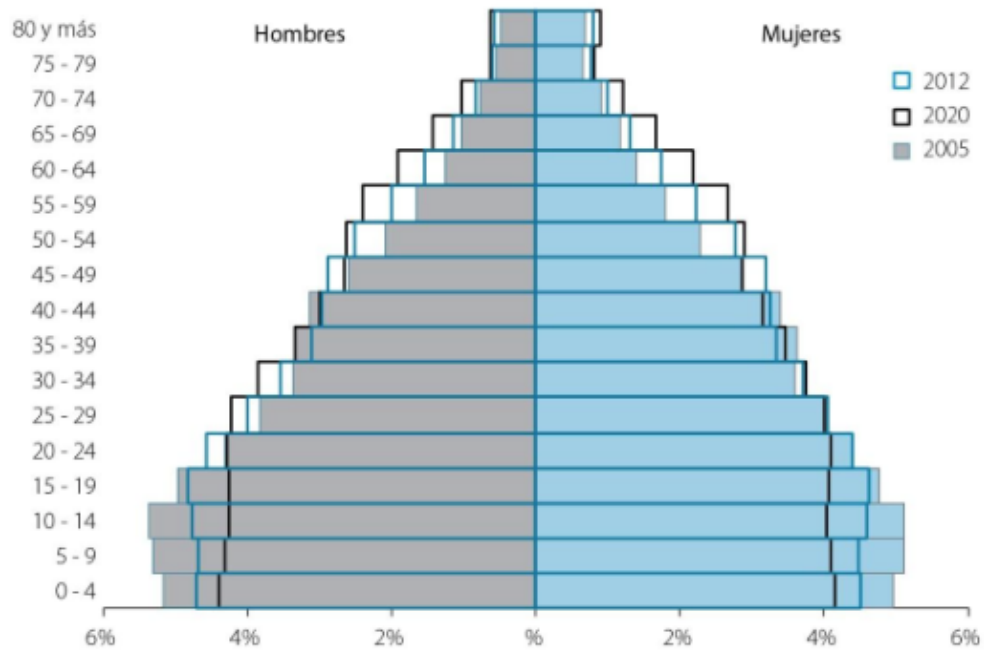
servicios de salud con sus recursos propios, en dónde las fuerzas del mercado actúan de manera diferente.

## **2.2. SITUACIÓN DE LA SALUD EN COLOMBIA**

Antes de entrar a analizar la estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se considera de interés conocer algunos indicadores de la situación de salud en Colombia, para el efecto se acude a la información contenida en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 adoptado por el Gobierno Nacional mediante Resolución 1841 de 2013 de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del sector, en donde se realiza una descripción global de las características demográficas más relevantes de la población colombiana que dan cuenta de su tamaño, estructura, dinámica y principales tendencias, en el contexto de los determinantes más importantes de la salud y el bienestar; el perfil de morbilidad, discapacidad y mortalidad por las principales causas, que dan cuenta de que se enferma y muere la gente, así como la exposición a varios factores que condicionan el estado de salud.

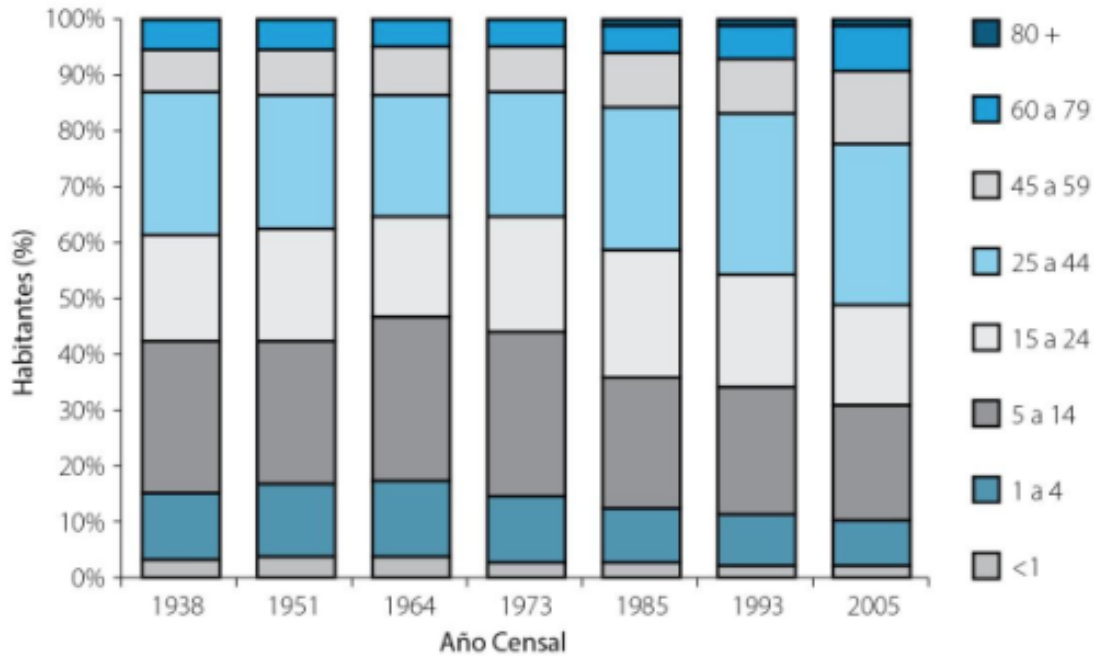
A través del informe se indica que Colombia ha experimentado una serie de cambios en los últimos 100 años. Su población total se ha multiplicado diez veces al pasar de 4.144.000 habitantes en el año 1905 a 41.468.384 habitantes en el año 2005. Según proyecciones del DANE, en 2010 la población ascendía a 45.508.205 habitantes, 49,4% hombres y 50,6% mujeres; para el 2020 la población proyectada será de 50.911.747 (ver Figura 1). La composición de la población por edad ha experimentado una importante transformación, al pasar de ser una población joven durante la mayor parte del siglo XX a ser una población moderadamente adulta (ver Figura 2).

**Figura 1. Pirámide poblacional proyectada, Colombia 2005 a 2020**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 225

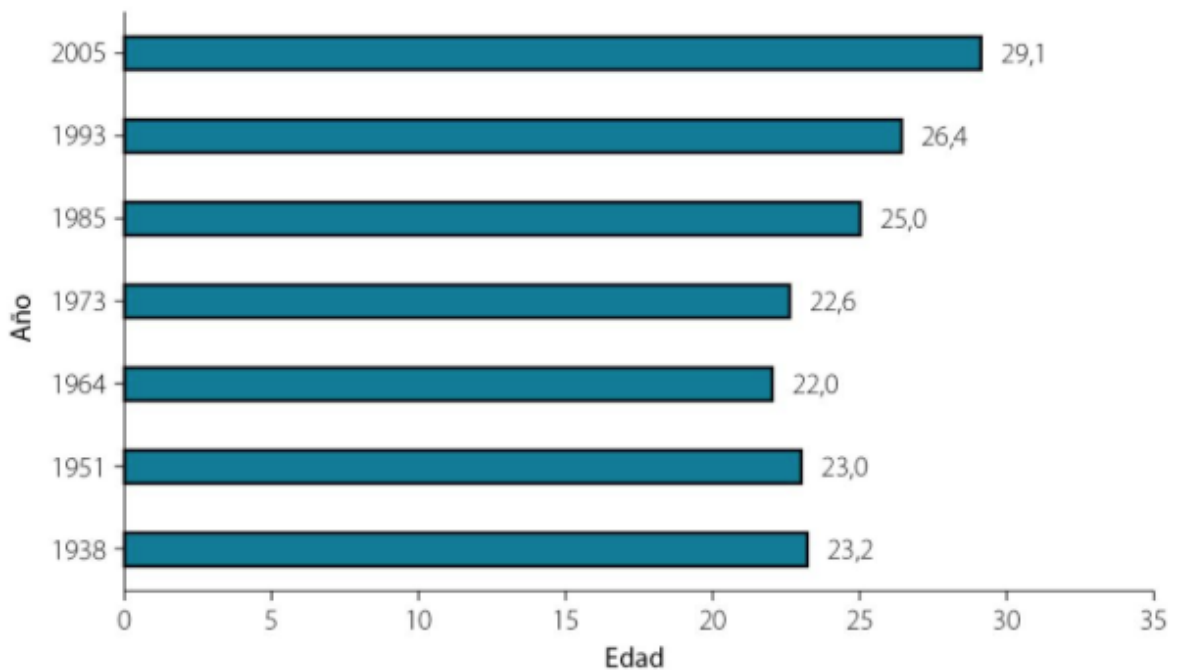
**Figura 2. Población según grupos de edad, Colombia 1938 a 2005**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 226

En los últimos 70 años la edad promedio ha aumentado 6 años, de 23,2 en 1938 a 29,1 en 2005, reflejando un acelerado envejecimiento poblacional con respecto al proceso vivido por los países del primer mundo, pues se dio en menos de un siglo (ver Figura 3).

**Figura 3. Edad promedio de la población, Colombia 1938 a 2005**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 227

Según el censo del 2005, la cantidad de menores de quince años registrados (12'743.820) representan la menor proporción histórica de infantes, equivalente al 30,7% del total de la población. La población total de adultos mayores de 60 y más años, se multiplicó casi dos veces en veinte años, al pasar de 2'142.219 en 1985 a 3'815.453 en 2005; cifra que, por primera vez, representa un 8,9% de la población total. Nunca antes el país contó con la importante cifra de 25'772.251 de habitantes en edad de trabajar, que representan el 60% de su población total y

que lo coloca en situación de ventaja para apalancar un proceso de desarrollo económico y social, al disponer de fuerza de trabajo suficiente y con capacidad de reemplazo para atender los retos de la producción económica y la reproducción social. Con el paso del tiempo, desde 1938 hasta el año 2005, el país muestra un cambio progresivo desde una población muy joven hacia otra con una proporción considerable en las edades intermedias y avanzadas de la vida. De mantenerse la tendencia de crecimiento de la población, entre el 2015 y 2020 el país tendrá una población cercana a los 50 millones de personas, con un 25% de menores de 15 años y un 12% de adultos mayores de 60 años para un índice de dependencia de 60 personas, entre menores de 15 años y mayores de 60, por cada 100 personas entre 15 y 59 años (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Indicadores demográficos, Colombia 2005 a 2020**

Índice Demográfico	Año		
	2005	2012	2020
Población total	42.888.592	46.581.823	48.723.700
Población Masculina	21.169.835	22.997.087	23.584.736
Poblacion femenina	21.718.757	23.584.736	25.138.964
Razón hombre:mujer	97,47	97,51	93,82
Razón niños:mujer	38,03	34,78	33,18
Índice de infancia	31,01	27,74	26,55
Índice de juventud	26,28	26,44	25,80
Índice de vejez	6,25	7,00	7,61
Índice de envejecimiento	20,17	25,22	28,65
Índice demográfico de dependencia	59,41	53,23	51,86
Índice de dependencia infantil	49,44	42,51	40,31
Índice de dependencia mayores	9,97	10,72	11,55
Índice de Friz	156,97	142,97	134,46

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 228

En relación con la dinámica poblacional (fecundidad, mortalidad, envejecimiento), en el Plan Decenal de Salud Pública se manifiesta que Colombia vive un proceso de plena transición demográfica, con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja, que no sigue el patrón de comportamiento del modelo inicial descrito para los países desarrollados. Como en otros países del contexto latinoamericano, desde la década de los años setenta, Colombia viene presentando una tendencia descendente en la fecundidad en todos los grupos de mujeres en edad fértil, de los 15 a los 49 años, con una reducción constante del índice sintético de fecundidad, acercándose cada vez al nivel de remplazo, con 2,1 en la ENDS realizada en 2010, pero con una resistencia a la baja en la fecundidad en adolescentes (DANE 2005; ENDS 2010).

En cuanto a la mortalidad, las tasas brutas correspondientes a los últimos cuatro años censales muestran la reducción sostenida que viene registrando la mortalidad en el país, con tasas de 7,1 muertes por mil habitantes en 1973; 5,0 muertes en 1985; 4,7 en 1993; y 4,4 en 2005; cifras que según el plan, ajustadas por distintos métodos permiten afirmar que durante el periodo la mortalidad general se ha reducido a la mitad, tanto en hombres como en mujeres.

Todos estos cambios en las relaciones entre los grupos de edad, en cuanto a tamaño, estructura y dinámicas, se reflejan en aumentos importantes de la esperanza de vida al nacer, y en las tasas de sobrevivencia de la población adulta mayor. La esperanza de vida en la población de Colombia ha ido aumentando de manera notable, sobre todo a partir de la segunda mitad del siglo XX, con ganancias de 21 años en hombres y de 25 años en mujeres, en los últimos 50 años. Así, comparando solo el quinquenio 1985- 1990 con el quinquenio 2005-2010, el promedio de años vividos pasó de 68 a 74 años, con una perspectiva de llegar a un promedio de 76 años en el quinquenio 2015-2020 (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Esperanza de vida según sexo, Colombia 1985 – 2020**

Periodo	Hombres	Mujeres	Total
1985-1990	64,65	71,52	67,99
1990-1995	65,34	73,37	69,25
1995-2000	67,07	74,95	70,90
2000-2005	69,00	76,31	72,56
2005-2010	70,67	77,51	74,00
2010-2015	72,07	78,54	75,22
2015-2020	73,08	79,39	76,15

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 232

En lo que corresponde al perfil epidemiológico del país, señala el informe en comento, que dado el contexto demográfico, económico y social del país, se comprende que el perfil de salud de la población colombiana presente una carga de morbilidad y mortalidad con características propias de todas las fases de la transición epidemiológica, las cuales se superponen haciendo de ésta una situación compleja. Es decir, donde pese al predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y el enorme peso en la carga de enfermedad (67%), coexisten daños en salud causados por las enfermedades transmisibles, carenciales y epidémicas emergentes y reemergentes que imponen alta carga en muchos segmentos de la población, y donde las lesiones externas por distintas causas específicas siguen ocasionando enfermedad, discapacidad y muerte en los diferentes ciclos de vida. Considera el informe que el perfil epidemiológico colombiano refleja no solo la exposición a diversos factores de riesgo desde los

vinculados con la pobreza, el hambre, sino aquellos ligados al desarrollo, el consumo y la globalización. También, es el claro reflejo de las desigualdades e inequidades en salud, y del rezago en el desarrollo de grupos de población y territorios en Colombia (figura 6).

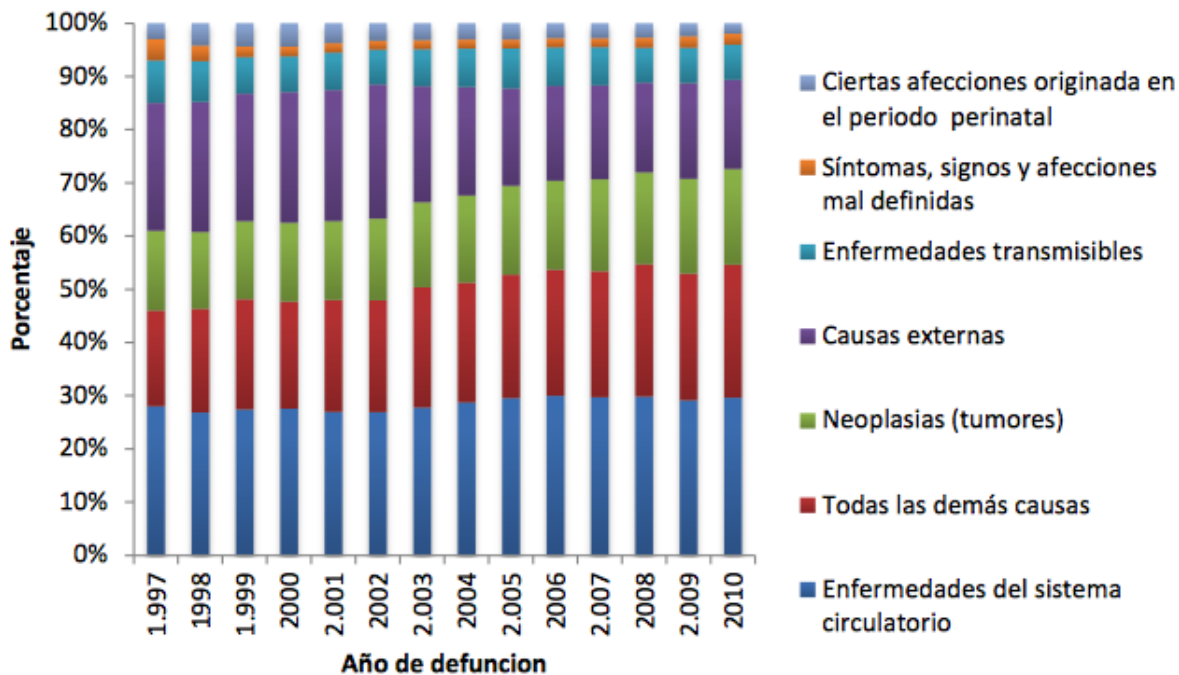
**Figura 4. Factores de riesgo en salud, Colombia 2012 – 2012**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 235

Las principales causas de mortalidad en Colombia por grandes grupos, registradas en el periodo 1997-2010, están representadas en primer lugar por las enfermedades del sistema circulatorio, que oscilaron entre un 28 y un 30% de causantes del total de muertes, seguida de las causas externas (17 a 24%), las neoplasias (14 a 18%), las enfermedades respiratorias (8,7%), y las enfermedades del aparato digestivo (4,3%) (ver Figura 5).

**Figura 5. Mortalidad general según grandes causas, Colombia 1997 – 2010**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 238

El riesgo de morir por enfermedades del aparato circulatorio disminuyó entre los años 1985 y 2005, con una ganancia en la esperanza de vida de 1,7 años, no obstante continúa siendo la primera causa de mortalidad en el país Cabe señalar que en el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio, las muertes originadas por enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares se registraron como las dos primeras causas más frecuentes, 45,7% y 23,8%, respectivamente (ver Tabla 3).

**Tabla 3. Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio, Colombia 1997 – 2010**

Causas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio (lista 6/67)	Total periodo 1997 - 2010	
	No	%
Enfermedades isquémicas del corazón	345003	45,7%
Enfermedades cerebrovasculares	179459	23,8%
Enfermedades hipertensivas	75943	10,1%
Insuficiencia cardiaca	58573	7,8%
Enf. cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. Corazón	56919	7,5%
Otras de enfermedades del sistema circulatorio	26142	3,5%
Aterosclerosis	4557	0,6%
Paro cardiaco	4269	0,6%
Fiebre reumática aguda y enfermedades cardiacas reumáticas crónicas	3678	0,5%
<b>Total</b>	<b>754543</b>	<b>100,0%</b>

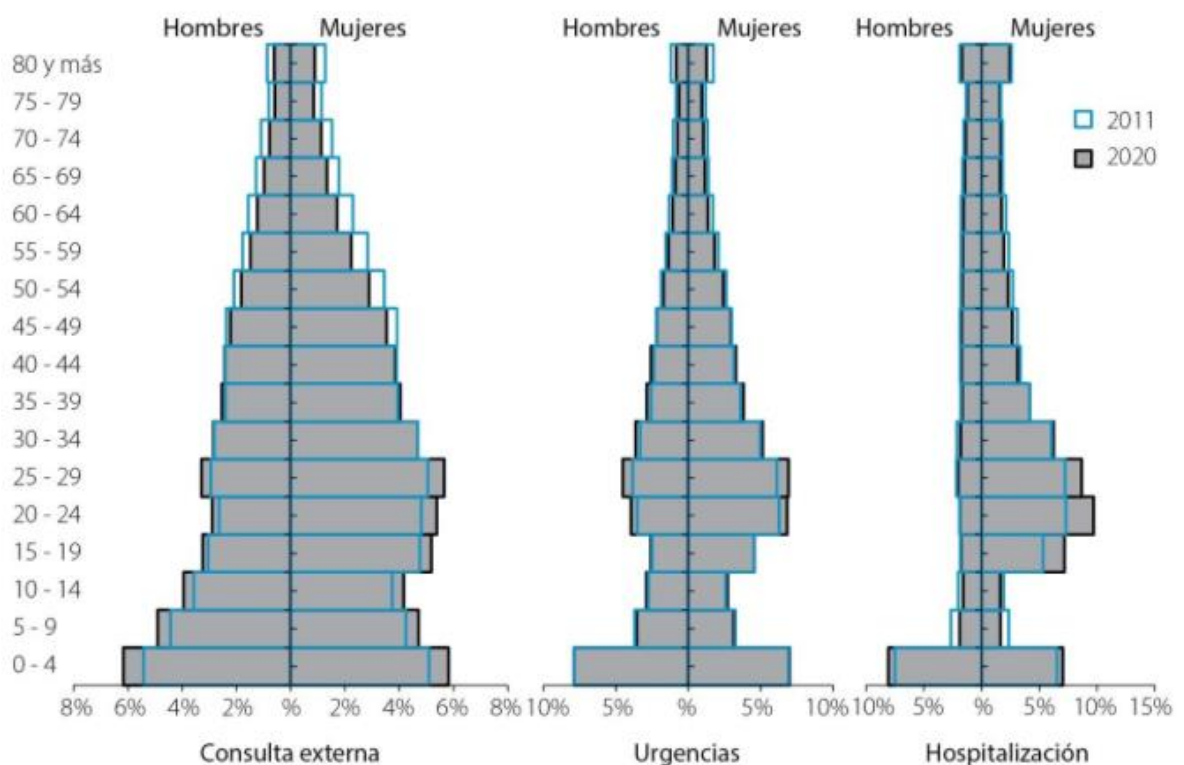
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 240

Entre los años 1985 y 2005 el riesgo de morir por tumores malignos tuvo un aumento en ambos géneros, lo que se traduce en una pérdida de 0,4 años de esperanza de vida en hombres entre los 70 y más años y de 0,3 años en mujeres con edades entre 65 y más años. En la última década el riesgo de morir por tumores malignos aumentó, contribuyendo con un aporte negativo de 0,2 años a la esperanza de vida. Entre los años 1995 y 2005, el riesgo de morir por causas externas disminuyó considerablemente respecto a los años anteriores, aportando una ganancia de 1,2 años en la esperanza de vida.

Por último, en lo que corresponde a las principales causas de enfermedad de la población, estas se extraen de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS). Los datos incorporados por el Ministerio de Salud y Protección Social en el Plan Decenal de Salud Pública muestran que el promedio anual de atenciones en el trienio 2009-2011 fue de aproximadamente 18 millones de

consultas/año, de las cuales el 85% fueron consultas ambulatorias, el 10% consultas de urgencias y el 5% hospitalizaciones; con predominio de las mujeres, con el 58% del total de registros. Por grupos de edad, los niños y las mujeres en edad fértil de las edades más jóvenes dominan la demanda de prestaciones de salud (ver Figura 6).

**Figura 6. Distribución de atenciones por tipo de servicio, edad y sexo. Colombia 2009 y 2011**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 254

Se señala en el plan que las causas de consulta externa más frecuentes para ambos sexos fueron la hipertensión arterial (el 11,2% en mujeres y el 8,7% en hombres), la caries dental (el 8,5% en mujeres y el 8,7% en hombres), y la rinofaringitis aguda (el 6,1% en mujeres y el 6,7% en hombres) como lo muestra Tabla 4.

**Tabla 4. Diez primeras causas registradas en el servicio de consulta externa por sexo, Colombia 2011**

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
I10X	Hipertensión esencial (primaria)	1060327	11,2	592324	8,7
K021	Caries de la dentina	811265	8,5	590319	8,7
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	584078	6,1	455037	6,7
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	363190	3,8	328356	4,8
N390	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	538377	5,7	149543	2,2
M545	Lumbago no especificado	357837	3,8	269562	4,0
K051	Gingivitis cronica	359941	3,8	265758	3,9
R51X	Cefalea	436616	4,6	172692	2,5
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	369355	3,9	185807	2,7
B829	Parasitosis intestinal, sin otra especificacion	244955	2,6	216173	3,2
<b>Total consultas</b>		<b>9500025</b>	<b>100</b>	<b>6810146</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 255

Mientras que las consultas de urgencias más frecuentes fueron por causa de diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (el 6,2% en mujeres y el 7,4% en hombres), otros dolores abdominales y los no especificados (el 6,9% en mujeres y el 4,9% en hombres) y fiebre no especificada (el 4,6% en mujeres y el 6,1% en hombres), las cuales se pueden observar en detalle en la Tabla 5.

En cuanto a las principales causas de morbilidad por egreso hospitalario (ver Tabla 6), el consolidado de información incorporado por el Ministerio en el Plan Decenal de Salud Pública, señala a las infecciones de vías urinarias (el 4,4% en mujeres y el 2,5% en hombres), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (el 2,9% en mujeres y el 4,3% en hombres) y otros dolores abdominales y los no especificados (el 2% en mujeres y el 1,8% en hombres), (ver anexo 4, tabla 12).

**Tabla 5. Diez primeras causas registradas en el servicio de urgencias por sexo, Colombia 2011**

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	67715	6,2	63233	7,4
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	75592	6,9	41852	4,9
R509	Fiebre, no especificada	50870	4,6	51903	6,1
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	42173	3,8	38505	4,5
R51X	Cefalea	50522	4,6	21504	2,5
N390	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	50794	4,6	14570	1,7
J039	Amigdalitis aguda, no especificada	27049	2,5	26083	3,1
M545	Lumbago no especificado	21862	2,0	21859	2,6
R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	26014	2,4	14373	1,7
R11X	Nausea y vomito	21362	1,9	16643	2,0
<b>Total urgencias</b>		<b>1100626</b>	<b>100</b>	<b>851938</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 256

**Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad registrada por egreso hospitalaria según sexo, Colombia 2011**

CIE X	Diagnóstico	Femenino		Masculino	
		Personas Atendidas	Porcentaje	Personas Atendidas	Porcentaje
N390	Infeccion de vias urinarias, sitio no especificado	25769	4,4	8836	2,5
A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	16666	2,9	15026	4,3
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	11751	2,0	6394	1,8
R509	Fiebre, no especificada	8089	1,4	8146	2,3
J00X	Rinofaringitis aguda (resfriado comun)	8547	1,5	7195	2,1
K359	Apendicitis aguda, no especificada	8009	1,4	7622	2,2
J180	Bronconeumonia, no especificada	7625	1,3	7944	2,3
J189	Neumonia, no especificada	6594	1,1	6626	1,9
J219	Bronquiolitis aguda, no especificada	5280	0,9	6690	1,9
R51X	Cefalea	6777	1,2	2853	0,8
<b>Total hospitalizacion</b>		<b>582747</b>	<b>100</b>	<b>350812</b>	<b>100</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, p 257

### **2.3. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Conforme a lo establecido en los principios generales de la Ley 100 de 1993, el sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar a todos los habitantes del territorio nacional los derechos irrenunciables para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten y 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. Dispone a su vez que la seguridad social es un servicio público que se debe prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, cuya dirección, coordinación y control están a cargo del Estado y el cual es prestado por entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la ley.

El Sistema de Seguridad Social Integral está conformado a su vez por cuatro sistemas de protección social:

- ✓ Sistema General de Pensiones
- ✓ Sistema General de Seguridad Social en Salud
- ✓ Sistema de Riesgos Laborales
- ✓ Servicios Sociales Complementarios

Atendiendo a la materia de estudio, se desarrollan a través del presente documento los aspectos relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos por el anterior sistema nacional de salud, se proyectaron como retos para la reforma de 1993 la universalización del sistema, la ampliación progresiva de la cobertura en servicios a todas las áreas y a toda la población y lograr una mayor eficiencia en el funcionamiento y operación del sistema. Es por ello que la Ley 100 de 1993 establece varios tipos de vinculación al sistema y la participación de entidades públicas y privadas en la administración de recursos y en la prestación de los servicios de salud. Así las cosas el Sistema General de Seguridad Social en Salud define los siguientes mecanismos de vinculación de la población:

- ✓ **Afiliados al Sistema de Seguridad Social**, dentro de los que existen dos tipos:
  - *Régimen Contributivo*: a través de este régimen se afilian a las personas con capacidad de pago que en virtud de un contrato laboral o de prestación de servicios pagan una cotización al sistema, se incluyen también los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.
  - *Régimen Subsidiado*: se vinculan a través de este régimen las personas pobres y vulnerables sin capacidad de pago para cubrir el monto total o parcial de la cotización clasificadas en esta condición a través del sistema único de selección de beneficiarios de subsidios del Estado –SISBEN-.
- ✓ **Personas vinculadas al sistema o población pobre no asegurada**: Son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago no tienen afiliación alguna al sistema y mientras logran ser beneficiarias del régimen subsidiado o contributivo, tienen derecho a los servicios básicos de atención en salud que

prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

El artículo 279 de la Ley 100 de 1993 exceptúa a ciertos grupos poblacionales de la aplicación del sistema integral de seguridad social, pues por la naturaleza jurídica de las labores que desempeñan y/o por estar vinculados a entidades de carácter especial, gozan de un régimen prestacional en salud propio (que en la mayoría de casos es superior al del régimen contributivo), pero que no obstante, es prestado por las mismas instituciones que atienden los demás regímenes del sistema.

En ese orden de ideas y para mayor comprensión del fenómeno de las relaciones contractuales en el sistema y su impacto en el acceso a los servicios de salud se considerará como un mecanismo de vinculación al mismo la afiliación a través de los regímenes excepcionales de salud.

- ✓ ***Personas afiliadas al régimen excepcional de salud:*** pertenecen a este régimen los miembros de las fuerzas militares y de la Policía Nacional, el personal civil que presta sus servicios en el Ministerio de Defensa, la Policía Nacional y en la Justicia Penal Militar y su Ministerio Público vinculados con anterioridad a la expedición de la Ley 100 de 1993; los miembros no remunerados de las corporaciones públicas, trabajadores de universidades en régimen especial, afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio, servidores públicos y pensionados de la Empresa Colombiana de Petróleos -ECOPETROL-.

Se deduce así entonces que el sistema general de seguridad social en salud cumple con su postulado de universalidad toda vez que permite la vinculación al sistema para cualquier habitante del territorio nacional independientemente de su capacidad de pago.

Ahora bien, en lo referente a la cobertura de servicios y en desarrollo de los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, el Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial y le corresponde asegurarlos en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Es así como se dispone de varios planes de beneficios dentro de los que se encuentran:

- ✓ **Plan Nacional de Salud Pública:** denominado anteriormente como Plan de Atención Básica (PAB) incorpora para toda la población independientemente del tipo de vinculación al sistema, la prestación obligatoria y gratuita de actividades colectivas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y de tipo individual para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de interés en salud pública. Este plan es administrado por las entidades territoriales y prestado por la red pública hospitalaria o por particulares mediante contrato con el Estado.
  
- ✓ **Plan Obligatorio de Salud (POS):** Es el conjunto básico de servicios de atención a que tiene derecho todo afiliado al régimen contributivo y al régimen subsidiado. La ley 100 en su artículo 162 lo definió como un plan para la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. Inicialmente se estableció que los cotizantes del régimen contributivo continuarían recibiendo el plan de servicios del Instituto de Seguros Sociales, mientras que sus personas a cargo o beneficiarios recibirían un plan similar pero aportando en su financiación con pagos moderadores; para los afiliados al régimen subsidiado se determinó un plan básico equivalente al 50% del anterior y el

cual sería progresivo proyectándose su igualación en el año 2001, es así como se plantea la concurrencia de dos tipos de planes, el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) y el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S). Mediante Resolución 5261 de 1.994 más comúnmente conocida con el nombre de MAPIPOS, se define el listado de actividades, procedimientos e intervenciones incluidos en el POS clasificados por niveles de atención (I, II, III y IV)<sup>37</sup> que entra a aplicar en su totalidad para los cotizantes del régimen contributivo y parcialmente en lo que corresponde a los niveles I y IV para los afiliados al régimen subsidiado.

Conforme a la promesa de igualación del plan de beneficios para ambos regímenes al año 2001, a través de Acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud -CNSSS- hasta 2007 y posteriormente de la Comisión de Regulación en Salud CRES hasta 2012 (en actualidad ambas entidades extinguidas) se fue ampliando de manera progresiva el POS-S, no obstante las diferencias con los contenidos del POS-C seguían siendo muy marcadas y es sólo gracias a la intervención de la Corte Constitucional con la emisión de la Sentencia T-760 de 2008 que se avanza verdaderamente en su equiparación, al emitir ordenes y exhortar a las autoridades a actualizar, aclarar y unificar los planes obligatorios de salud.

Derivado de este mandato el 27 de diciembre de 2013 se expide la Resolución 5521 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Se aclara de una parte, que si bien el POS señala el marco de las actividades cubiertas por el SGSSS, continuará a lo largo del tiempo surtiendo

---

<sup>37</sup> El Nivel I incorpora las actividades, procedimientos e intervenciones en salud del nivel básico realizadas por paramédicos y médicos generales, el Nivel II corresponde a las acciones en salud desarrolladas por médicos especialistas con infraestructura básica, el Nivel III implica los conjuntos de atención especializada que requieren de infraestructuras de salud de mediana y alta complejidad y el Nivel IV responde a la prestación de servicios relacionados con la atención de enfermedades de alto costo o también denominadas ruinosas o catastróficas por el impacto negativo en la salud de las personas y por los costos elevados que involucran.

modificaciones producto de la incorporación de nuevas tecnologías en salud al país, de los cambios en la estructura demográfica y perfil epidemiológico de la población y de las condiciones financieras del sistema; y de otra, que los usuarios mediante mecanismos como el Comité Técnico Científico CTC o la acción de tutela pueden acceder a servicios no incluidos en el POS o NO POS que sean necesarios para el mantenimiento y preservación de su salud.

- ✓ **Atención de accidentes de tránsito y eventos catastróficos:** A través del SGSSS se garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-<sup>38</sup> según sea el caso y la atención en salud a las personas, víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos.
  
- ✓ **Atención inicial de urgencias:** Comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las instituciones tanto públicas como privadas que ofrecen servicios de urgencias están obligadas a prestar esta atención independientemente de la capacidad socioeconómica de los usuarios o de la existencia o no de un convenio o autorización por parte de la entidad aseguradora del afiliado
  
- ✓ **Planes Voluntarios de Salud:** Dentro del SGSSS se prestan servicios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde al Estado garantizar (sin perjuicio de su labor de inspección, vigilancia y control) y que son

---

<sup>38</sup> De acuerdo con lo establecido en el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 el cual reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud, se establece que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.

contratados de manera voluntaria y financiados en su totalidad por el afiliado o las empresas que lo establezcan con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Estos planes fueron concebidos desde la creación de la Ley 100 de 1993 a través de su artículo 169, el cual fue posteriormente sustituido por el artículo 37 de la Ley 1438 de 2011 que reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se conocen con la denominación de Planes de Atención Complementaria al POS, Planes de Medicina Prepagada de atención pre hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada y Pólizas de seguros (vigiladas por la Superintendencia Financiera).

- ✓ **Planes de Beneficios de Regímenes Excepcionales:** Aplican para las personas vinculadas a los regímenes excepcionales de salud, además de cubrir los contenidos del POS otorgan otros beneficios a sus afiliados y beneficiarios en términos de cantidad de servicios, exoneración de cuotas moderadoras y copagos, medicamentos comerciales, acceso directo a especialidades, entre otros.

En lo que corresponde a la estructura y organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con fundamento en el esquema de pluralismo estructurado en el que se enmarca, se pueden distinguir cuatro núcleos funcionales interdependientes: Modulación o Rectoría, Financiamiento, Aseguramiento y Prestación, tal y como se observa en la Figura 7, en cada uno de los cuales coexisten diferentes agentes con responsabilidades específicas, los cuales se explican a continuación.

**Figura 7. Núcleos Funcionales y Agentes en el SGSSS**



Fuente: Elaboración propia

### 2.2.1 Modulación y Rectoría

Esta función hace referencia a la planeación estratégica y dirección del sector, al establecimiento de políticas y lineamientos para su ejecución y a la determinación de las reglas de juego que deben adoptar todos los participantes del sistema en el contexto de sus funciones, obligaciones y responsabilidades dentro del ámbito de competencia regulada que ya se ha mencionado. Así mismo incorpora las labores de inspección vigilancia y control a todos los actores del sistema. Hasta el mes de diciembre de 2012 estas funciones estuvieron delegadas en tres organismos, así:

- ✓ El *Ministerio de Salud y Protección Social*: Encargado de formular las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sector; dictar las normas científicas que regulan la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo y las normas administrativas de obligatorio cumplimiento por todos los agentes

del sistema; formular y aplicar los criterios de evaluación de la eficiencia en la gestión de las entidades, reglamentar los mecanismos de recolección, transferencia y difusión de la información, entre otras. Normativamente, el artículo 170 de la Ley 100 de 1993 modificado por el artículo 119 del Decreto Ley 2150 de 1995 establece que el SGSSS está bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Ministerio de Salud, lo cual se reafirma con la expedición de la Ley 1438 de 2011 que indica que la rectoría del sector salud, esto es, la dirección, orientación y conducción del sistema, estará en cabeza de dicha cartera.

- ✓ La *Superintendencia Nacional de Salud (SNS)*: Tiene a su cargo la inspección, vigilancia y control del sector y todos sus agentes, funciones que si bien fueron advertidas desde la instauración de la Ley 100, más adelante mediante la Ley 1122 de 2007 que modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se retoman y definen claramente; la *inspección*, como el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del SGSSS y que sirven para solicitar, confirmar y analizar información sobre la situación de los servicios de salud y sus recursos, la situación jurídica, financiera, técnico científica, administrativa y económica de las entidades; la *vigilancia*, como la atribución para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de salud, atención al usuario, participación social y demás cumplan con las normas que regulan el sistema; y el *control*, como la atribución de dicho ente para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico administrativa) de cualquiera de sus vigilados y sancionar las actuaciones que se aparten del ordenamiento legal bien sea por acción o por omisión. La misma ley faculta a esa Superintendencia como conciliadora de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre éstos y los usuarios generados en problemas que

impidan el acceso efectivo a los servicios de salud, para lo cual debe dar aplicación a las normas generales de la conciliación previstas en la ley 640 de 2001 y le otorga función jurisdiccional para conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez, en materia de cobertura del POS cuando su negativa por parte de las entidades ponga en riesgo o amenace la salud del usuario, de reconocimiento económico de los gastos en que haya incurrido el afiliado por concepto de atención de urgencias y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios; por conflictos que se susciten entre los usuarios y las aseguradoras y entre éstos y las prestadoras de servicios de salud por efecto de la multifiliación<sup>39</sup>, la libre elección o la movilidad dentro del sistema. Estas funciones fueron adicionadas con la Ley 1438 de 2011, que amplía su facultad jurisdiccional a asuntos relacionados con prestaciones excluidas del POS, a devoluciones o glosas a las facturas entre las entidades del sistema y al reconocimiento y pago de prestaciones económicas por parte de aseguradores y empleadores y al reglamentar el ejercicio de medidas cautelares en su función jurisdiccional. Así mismo la Ley 1438 introdujo importantes modificaciones a la SNS al establecer la figura de la desconcentración en ejercicio de sus labores y al fortalecer el procedimiento para ordenar intervenciones forzoso administrativas para administrar o liquidar entidades.

- ✓ El *Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)* -creado conforme a lo dispuesto en el artículo 171 de la Ley 100 de 1993 como un organismo de dirección del sistema- mientras estuvo vigente fue el encargado de definir los contenidos del plan obligatorio de salud, fijar el monto de las cotizaciones de

---

<sup>39</sup> La multifiliación al sistema de seguridad social en salud se define como la afiliación simultánea de una persona a dos o más entidades pertenecientes al régimen contributivo, o la afiliación tanto al régimen contributivo y al subsidiado.

los afiliados al sistema, el valor de la unidad de pago por capitación (UPC)<sup>40</sup> y el valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud, definir los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, definir el régimen de pagos compartidos, emitir directrices para el reconocimiento y pago de incapacidades y licencias de maternidad del régimen contributivo y establecer las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las entidades promotoras de salud y lograr una distribución equitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. Con arreglo también a las disposiciones contenidas en la Ley 1122, el CNSSS fue sustituido por la Comisión de Regulación en Salud CRES que mantuvo en su encargo las funciones relacionadas, adicionadas con las de establecer y actualizar un sistema de tarifas para el sector. A su vez, la CRES fue liquidada mediante Decreto 2560 de diciembre de 2012 y todas sus funciones y atribuciones fueron asumidas por el Ministerio de Salud y Protección Social que consecuentemente fue reestructurado dando cumplimiento al Decreto 2562 del mismo año.

### **2.2.2 Financiamiento**

Respecto a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las fuentes de recursos varían según el régimen de vinculación, así:

- ✓ El Régimen Contributivo se financia con las cotizaciones de empleadores, empleados, pensionados y trabajadores independientes y en lo NO POS con aportes del Presupuesto General de la Nación.
  
- ✓ El Régimen Subsidiado se financia con recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación (PGN), de los aportes de Cajas de Compensación

---

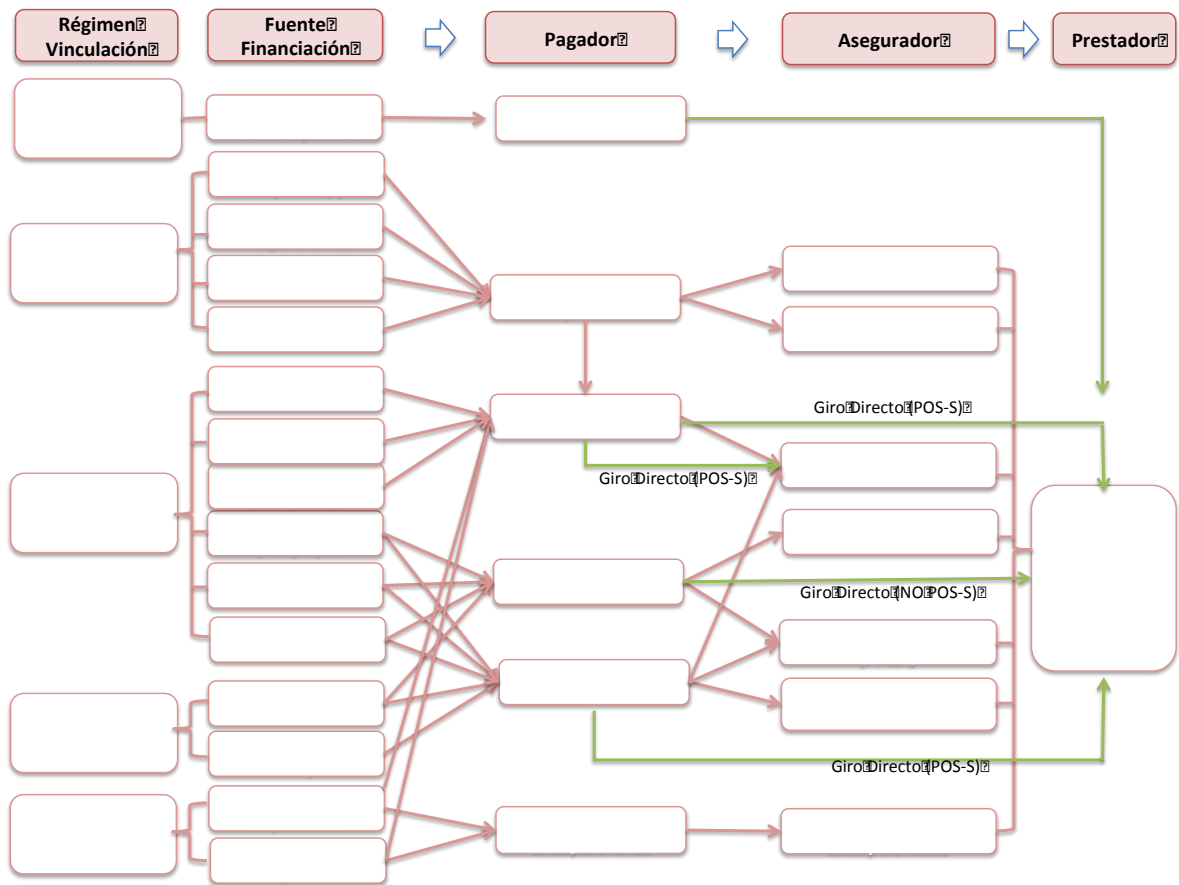
<sup>40</sup> La Unidad de pago por capitación (UPC) es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.

Familiar (CCF) en virtud de lo contemplado en el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, de recursos de solidaridad del FOSYGA, del Sistema General de Participaciones (SGP), de los recursos propios de municipios y departamentos y de las asignaciones por rentas cedidas y por sistema de regalías. A su vez y con fundamento en el principio de solidaridad que predica el sistema, se destina 1,5 puntos porcentuales de la contribución obrero patronal del régimen contributivo y de los regímenes de excepción (Ecopetrol, Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, Dirección General de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Policía Nacional, universidades públicas).

- ✓ En los regímenes excepcionales, la financiación está a cargo de las entidades empleadoras (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Magisterio, Ecopetrol, Universidades) a las cuales se encuentran vinculados sus afiliados y beneficiarios y de los aportes de estos.
  
- ✓ Para la atención de las personas vinculadas al sistema o población pobre no asegurada se utilizan los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones y recursos propios de entidades territoriales.

Por su parte, se puede afirmar la existencia de un flujo de recursos en el sistema de salud en tres vías: De las fuentes de financiación mencionadas anteriormente a los pagadores, de los pagadores a los aseguradores y de los aseguradores a los prestadores de servicios. En la figura 8 se esquematizan las fuentes de financiación por régimen de vinculación y el flujo de recursos entre las entidades que componen el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**Figura 8. Fuentes de financiación y flujo de recursos en el SGSSS**



Fuente: Elaboración propia

En la primera vía de recursos, los recursos que financian el régimen contributivo tanto para el cubrimiento del POS como para los eventos NO POS son recaudados por el FOSYGA a través de su cuenta de compensación. Los recursos que financian el régimen subsidiado en lo que corresponde al POS son recaudados a través de la cuenta de solidaridad del FOSYGA y de las cuentas maestras<sup>41</sup> de los municipios; en lo referente al recaudo con destino a la financiación de los eventos NO POS, este es efectuado directamente por las

<sup>41</sup> Las cuentas maestra son cuentas bancarias adscritas a los municipios y a las EPS para manejo exclusivo de los recursos del Régimen Subsidiado (recaudo y transferencia).

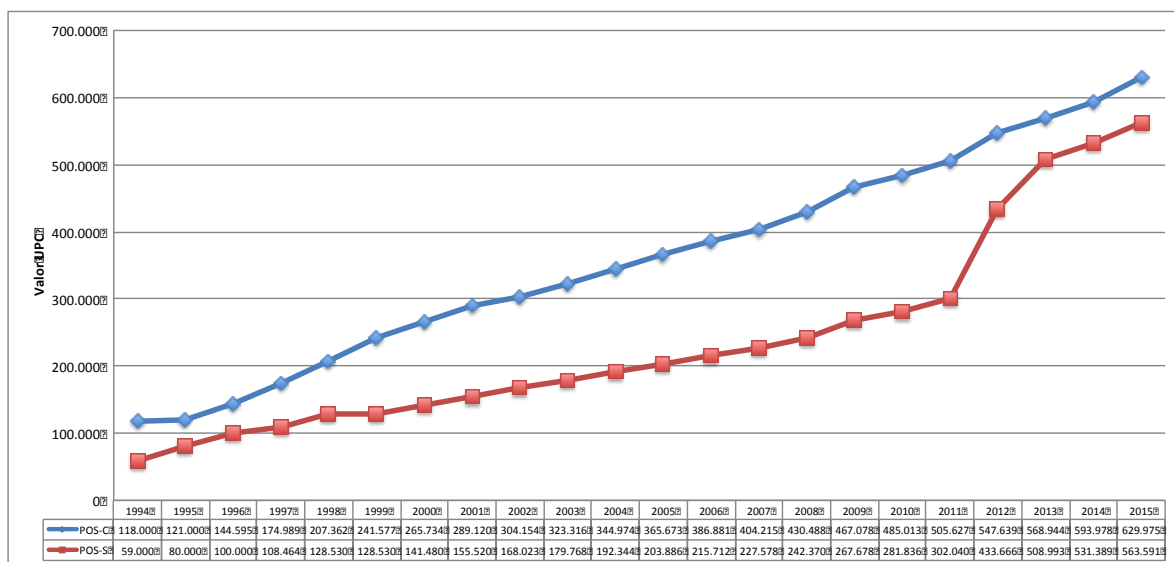
entidades territoriales del orden departamental. Los recursos para la financiación en salud de la población pobre no asegurada provienen todos de rentas públicas y son apropiados y recaudados por las entidades territoriales del orden departamental y municipal. Para la financiación de los servicios de salud de la población afiliada a los regímenes de excepción, estos son recaudados y administrados directamente por las empresas cobijadas por ellos o a través de terceros (fondos especiales o fiducias) autorizados mediante reglamento. Una vez girados los recursos desde las fuentes de financiación a los diferentes pagadores (FOSYGA cuenta compensación, FOSYGA cuenta de solidaridad, Departamentos, Municipios, Fondos autorizados en Regímenes Excepcionales), se procede hacia la segunda vía en el flujo de recursos, en la cual los pagadores transfieren a modo de UPC o de partidas específicas a los aseguradores o articuladores del sistema.

Los ingresos de las EPS se obtienen en primer lugar, de los giros del FOSYGA por el reconocimiento de la prima o Unidad de Pago por Capitación (UPC) que el sistema determina por cada afiliado; en segundo lugar, del recaudo de copagos y cuotas moderadoras que los usuarios realizan y que se establecieron como medio para financiar el sistema y para regular la demanda de servicios; y por último, por los recobros que realizan al FOSYGA (las EPS en el régimen contributivo) y a los departamentos (las EPS en el régimen subsidiado) por el cubrimiento de servicios NO POS que por decisión de Comité Técnico Científico o por orden judicial las EPS son obligadas a realizar a sus afiliados.

El FOSYGA paga a las EPS una UPC por cada afiliado o beneficiario que tengan asegurado, para que reciban los servicios contenidos en el POS. Durante el período 1994 a 2008 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS- fue el encargado de fijar el valor anual de la UPC, del año 2.009 a 2.012 esta responsabilidad quedó en manos de la Comisión de Regulación en Salud CRES (en liquidación) y en la actualidad está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social. El valor de la UPC siempre ha sido mayor para el régimen contributivo que

para el subsidiado, hasta antes de 2013 fundamentado en las diferencias en cobertura de servicios y a partir de la expedición de la Resolución 5521 de 2013 que unifica el POS, justificado en que la demanda de atención es mayor en el contributivo que en el subsidiado y al pago de las incapacidades y licencias de maternidad que en el primero se suscitan. En la figura 9 se puede observar el comportamiento y evolución de la UPC desde el año 1994 hasta la fecha.

**Figura 9. Comportamiento del valor de la UPC en los regímenes contributivo y subsidiado (1994 a 2015)**



Fuente: Acuerdos CNSSS – CRES - Ministerio de Salud y Protección Social

En los regímenes excepcionales como son los de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el Fondo Nacional del Magisterio, Ecopetrol y universidades, la financiación no está a cargo del FOSYGA sino de fondos específicos de cada una de estas entidades y al igual que el régimen contributivo también deben transferir recursos a la cuenta de solidaridad para financiamiento del Régimen Subsidiado.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS- y Empresas Sociales del Estado -ESE- se financian con los ingresos derivados de los contratos de prestación de servicios que suscriben con las EPS para la atención de los

servicios POS y NO POS, con las EAPB para la atención de los planes excepcionales y con las Direcciones Territoriales de Salud para la atención de la población pobre no asegurada y realización de actividades de salud pública. Adicionalmente estas entidades también perciben ingresos por la prestación de servicios a la población particular que quiera hacer uso de sus servicios.

Aquí es importante señalar que como respuesta parcial a la crisis financiera del sector ocasionada en parte por la demora en la transferencia de recursos entre los agentes del sistema, la Ley 1438 de 2011 estableció en su artículo 29 el mecanismo de giro directo con el fin de agilizar el flujo de recursos en el régimen subsidiado, el cual fue reglamentado posteriormente mediante el Decreto 971 de 2011 que indica en su artículo 8 que el FOSYGA girará a las cuentas maestras de las EPS, en nombre de las entidades territoriales, de acuerdo con la proporción que corresponda, los recursos del Sistema General de Participaciones SGP y los demás incorporados en el Presupuesto General de la Nación; y en su artículo 9 que se girará directamente con cargo a la cuenta maestra de la EPS, los pagos a la red prestadora contratada por la modalidad de pago por capitación (de la cual se tratará más adelante) dentro de los tres días hábiles siguientes a la transferencia que se haga a las EPS de los recursos recibidos por concepto de Unidad de Pago por Capitación. Así mismo los recursos para pagos de servicios NO POS-S en la actualidad son transferidos desde las Direcciones seccionales de Salud hacia las IPS y ESE que los prestaron y que fueron certificadas para ello por las EPS.

### **2.2.3 Aseguramiento**

En la estructura del SGSSS, el aseguramiento hace referencia a la función de articulación del sistema creada con el objeto de lograr el acceso de la población al sistema y a los servicios de salud, dado que realiza la intermediación entre la demanda compuesta por los afiliados y beneficiarios (usuarios consumidores) y la

oferta conformada por los prestadores de servicios. Dentro del esquema de la protección social puede entenderse como el mecanismo que ampara a una persona y a su grupo familiar, frente a la presencia de riesgos o eventos en salud, mediante la prestación de un plan de un beneficios (conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones de detección temprana, protección específica y tratamiento efectivo de la enfermedad) financiado por una unidad de pago por capitación.

En el caso colombiano esta función es desarrollada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) o también llamadas Entidades Responsables del Pago (ERP), el primer concepto EAPB es acuñado por el Artículo 4 del Decreto 1018 de 2007 que determina “*se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud*”; y el segundo término, ERP se extrae del contenido del literal b del artículo 3 del Decreto 4747 de 2007 que indica “...b. *Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales*”

Para una mayor diferenciación y entendimiento, a lo largo de este trabajo se utilizará el término ERP de manera genérica para hacer referencia a cualquier tipo de articuladora o aseguradora o a las Direcciones de Salud que administran los planes de atención para la población pobre no asegurada y de manera específica

se utilizará el término de EPS para hacer alusión a las articuladoras o aseguradoras en los regímenes contributivo y subsidiado y el término EAPB para abordar el tema de las administradoras de los regímenes excepcionales en salud

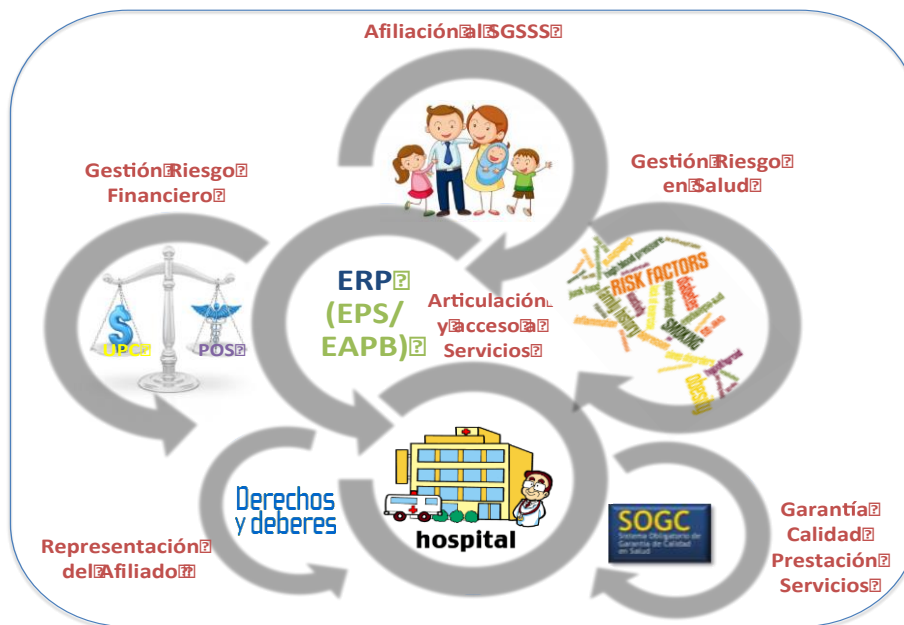
Así las cosas, las ERP son las encargadas de afiliar y asegurar la población, recaudar y administrar los recursos que la Ley o el reglamento establecen para financiar los diferentes planes de beneficios y contratar la red instituciones encargadas de la prestación de los servicios de salud para la población asegurada, así:

- ✓ *Entidades Promotoras de Salud -EPS-*: tienen a su cargo la afiliación, administración y operación de los regímenes contributivo y subsidiado.
- ✓ *Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de regímenes excepcionales y Planes Adicionales*: cumplen las mismas funciones que las EPS pero con destino a los afiliados y beneficiarios de regímenes excepcionales o planes complementarios.
- ✓ *Las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de salud*: Administran los recursos destinados a la financiación de actividades de salud de las personas vinculadas al sistema o población pobre no asegurada.

En el artículo 177 de la Ley 100 de 1993 se describe esta función como la de organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados y beneficiarios del sistema. Posteriormente mediante la Ley 1122 de 2007 se evoluciona en el concepto y el aseguramiento en salud se define como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario, lo que exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud, los

elementos que componen el sistema de aseguramiento es salud se pueden observar de una manera didáctica en la Figura 10.

**Figura 10. Elementos del aseguramiento en el SGSSS**



Fuente: Elaboración propia

En términos más prácticos, se puede afirmar que las ERP son las responsables de afiliar a la población, recaudar las UPC producto de esas afiliaciones y con esos recursos contratar a una red de servicios pública y/o privada a través de la cual se garantice la prestación de los contenidos del POS en todas sus modalidades y niveles de atención con criterios de calidad, seguridad y eficiencia y velando por el respeto a los derechos de los usuarios. Se obliga para con el Estado a gestionar el riesgo financiero tratando de mantener un equilibrio entre las UPC que recauda y los servicios del POS demandados y a gestionar el riesgo en salud ejecutando acciones de manera directa o a través de su red de IPS servicios para prevenir la ocurrencia de enfermedades y mitigar el impacto que generan las mismas.

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, el aseguramiento, la afiliación y la cobertura tienen un sentido y alcance similar, desde el año 1997 en adelante, la cobertura del aseguramiento en salud, tasada por la afiliación a los diferentes regímenes se ha comportado como lo muestra la Tabla 7.

**Tabla 7. Cobertura aseguramiento en salud Colombia 1997 a 2014 (población en miles)**

Año	Afiliados Régimen Excepcional	Afiliados Régimen Contributivo	Afiliados Régimen Subsidiado	Total Afiliados SGSS	Total Población Proyección DANE	% Cobertura Aseguramiento	% Variación anual
1997	1,036	14,771	7,027	22,834	38,635	59.10%	
1998	1,036	11,860	8,527	21,423	39,184	54.67%	-6.18%
1999	1,036	13,004	9,326	23,366	39,730	58.81%	9.07%
2000	1,198	13,063	9,511	23,772	40,295	58.99%	1.74%
2001	1,198	13,336	11,069	25,603	40,813	62.73%	7.70%
2002	2,107	13,735	11,444	27,286	41,328	66.02%	6.57%
2003	2,133	14,095	11,868	28,096	41,848	67.14%	2.97%
2004	2,160	14,409	15,553	32,122	42,368	75.82%	14.33%
2005	2,186	15,522	18,438	36,146	42,888	84.28%	12.53%
2006	2,213	16,366	20,125	38,704	43,405	89.17%	7.08%
2007	2,239	17,511	21,607	41,357	43,926	94.15%	6.85%
2008	2,266	18,066	23,601	43,933	44,451	98.83%	6.23%
2009	2,293	18,340	23,374	44,007	44,978	97.84%	0.17%
2010	2,320	18,869	21,841	43,030	45,509	94.55%	-2.22%
2011	2,347	19,321	22,295	43,963	46,044	95.48%	2.17%
2012	2,347	19,957	22,605	44,909	46,581	96.41%	2.15%
2013	2,402	20,150	22,669	45,221	47,121	95.97%	0.69%
2014	2,402	20,760	22,883	46,045	47,661	96.61%	1.82%

Fuente: Información consolidada por la autora<sup>42</sup>

<sup>42</sup> \* COBERTURAS 1997 – 2001 [Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/APAGO%20Y%20RECAUDO.pdf>] [Consultado Febrero de 2015]

\* COBERTURAS 2002 – 2011 [Disponible en:

<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Histórico%20Cobertura%20Afiliación%20Salud%202002%20-2011.pdf>] [Consultado en Febrero de 2015]

\* COBERTURA 2012 – 2013 en Informe de Actividades 2013-2014 Sector Administrativo de Salud y Protección Social presentado por el Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso de la República en Agosto 2014.

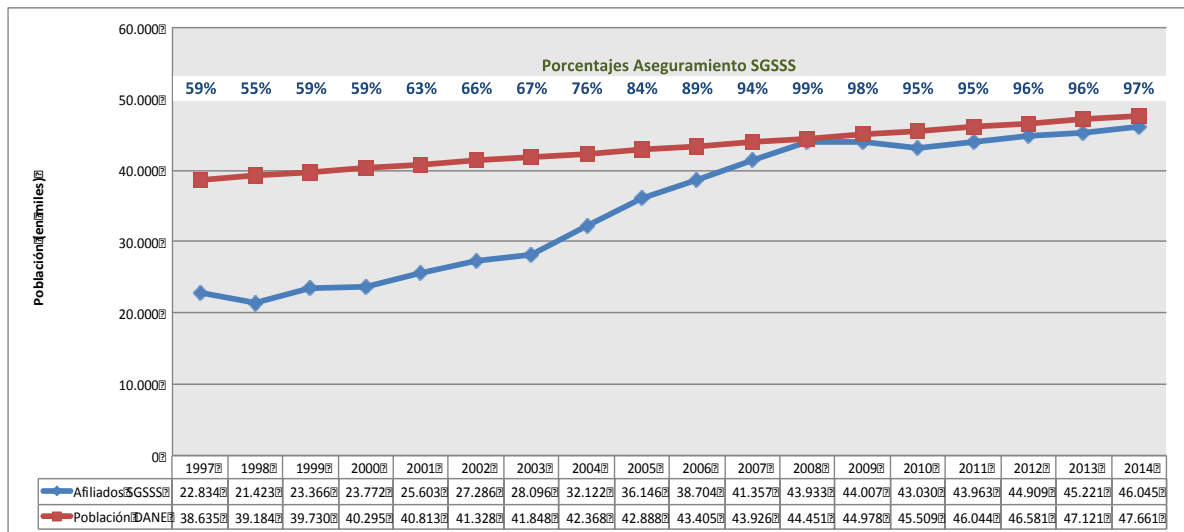
\* Cobertura 2014 [Disponible en:

[http://www.sispro.gov.co/\\_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/Construya%20su%20Consulta/AseguramientoPowerPivot\\_Ampliado.xlsx](http://www.sispro.gov.co/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/Construya%20su%20Consulta/AseguramientoPowerPivot_Ampliado.xlsx)] [Consultado Febrero de 2015]

\* POBLACIÓN PROYECCIÓN DANE [Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/series-de-poblacion>] [Consultado Febrero de 2015]

Se observa en el período 1.997 (año en que se presume el Ministerio de Salud empezó a consolidar información sobre coberturas de afiliación) a 2.014 una variación en el número de afiliados al sistema del 202%, pues en 1997 el reporte de afiliados en las bases de datos del Ministerio fue de 22.834 millones de personas y con corte a 31 de diciembre de 2014 esta cifra ascendió a 46.045 millones, por su parte, el porcentaje de afiliación respecto del total de la población en 1.997 fue de 59% y en 2014 se alcanzó una cobertura en aseguramiento equivalente al 97% (Ver Figura 11)

**Figura 11. Comportamiento cobertura aseguramiento en salud Colombia 1997 a 2014**

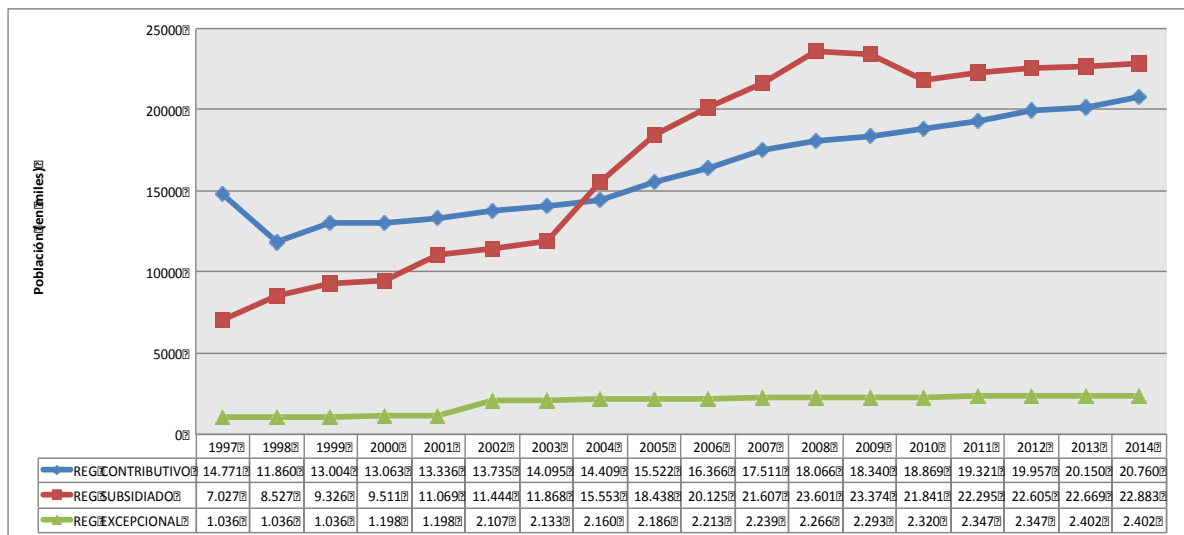


Fuente: Información consolidada por la autora de Ministerio de Salud y Protección Social

El comportamiento del aseguramiento por régimen de afiliación (ver Figura 12) refleja un marcado incremento en las coberturas del régimen subsidiado comparadas con las de los regímenes contributivo y de excepción, el número de afiliados al régimen subsidiado pasan de ser 7,0 millones en 1.997 a 22,8 millones en 2.014 lo que equivale a un crecimiento de la cobertura del 226%, mientras que para el mismo período el régimen contributivo varía en un 141% pasando de 14,7 millones de afiliados en 2.007 a 20,7 millones en 2.014. El régimen de excepción

si bien muestra una variación del 132% podría inferirse que obedece más al subregistro de información del año 2.001 hacia atrás, que al incremento en el número de afiliados, pues las entidades que lo conforman han mantenido desde 1997 una planta de personal constante en el tiempo.

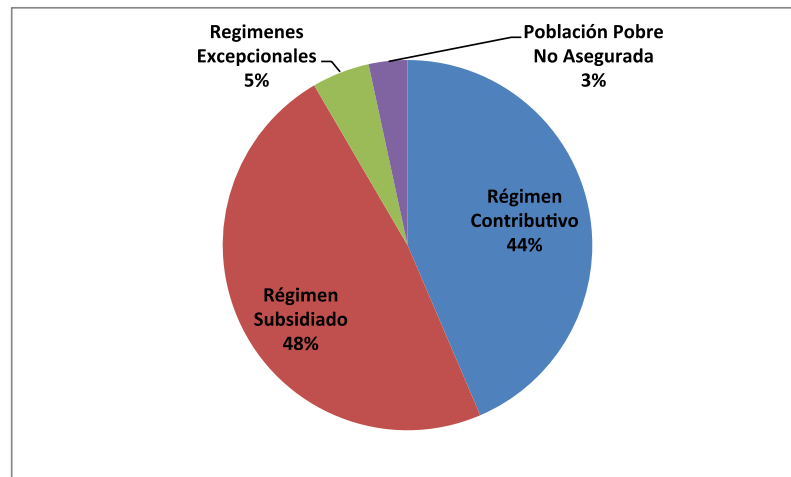
**Figura 12. Comportamiento cobertura aseguramiento por régimen de afiliación al SGSSS Colombia 1997 a 2014**



Fuente: Información consolidada por la autora de Ministerio de Salud y Protección Social

De manera consolidada y según régimen de vinculación, con corte a Diciembre 31 de 2014, el 48% del total de la población del país (22,8 millones de personas) se encuentra vinculada al régimen subsidiado, el 44% (20,7 millones de personas) al régimen contributivo y en menor medida, el 5% de la población total está adscrita a los regímenes excepcionales del sistema (2,4 millones). Al mismo corte y en concordancia con las proyecciones y estimaciones de población del DANE el 3% (1,6 millones de personas) se consideraría como población pobre no asegurada (o vinculados) por no encontrarse afiliada a ninguno de los regímenes mencionados (Ver Figura 13).

**Figura 13. Consolidado aseguramiento SGSSS a Diciembre 2014**



Fuente: Información consolidada por la autora de Ministerio de Salud y Protección Social

Hoy, a más de 21 años de la creación de la Ley 100 de 1993, los resultados reflejan que el sistema de salud ha tenido logros muy importantes en materia de cobertura y aseguramiento a la población, principalmente frente a la más vulnerable; sin embargo, el SGSSS se encuentra en una coyuntura financiera y de iliquidez que pone en apuros su sostenibilidad y la de sus agentes, lo que resulta obvio si se tiene en cuenta que la población subsidiada supera a la que aporta (las expectativas que se tenían de afiliaciones al régimen contributivo por efectos de mayores empleos no se ha cumplido) y que la igualación del plan de beneficios que progresivamente se ha venido dando implica *per se* un incremento considerable en términos económicos. No obstante, la coyuntura no puede dejar en vano el gran esfuerzo financiero que en materia de aseguramiento se ha venido dando en la última década para lograr su universalización.

En cuanto al número de aseguradoras en el país, al cierre de la vigencia 2014 se encuentran habilitadas 53 EPS, 17 de las cuales operan en el régimen contributivo y 36 en el régimen subsidiado, en las Tablas 8 y 9 se presenta el listado de las EPS habilitadas y la población asegurada por cada una de ellas.

**Tabla 8. Distribución Afiliados EPS Régimen Contributivo a Diciembre 2014**

REPORTE AFILIADOS BDUA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO			
Nº	EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	Nº AFILIADOS	PARTICIPACIÓN
001	E.P.S. SALUDCOOP	164,169	20.06%
002	COOMEVA E.P.S.S.A.	957,208	14.24%
003	LA NUEVA EPS S.A.	755,618	13.27%
004	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	144,020	10.33%
005	EPS DE MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.	960,080	9.44%
006	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	581,000	7.62%
007	E.P.S. SANITAS S.A.	302,774	6.28%
008	COMPENSAR E.P.S.	1,031,399	4.97%
009	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. EPS O.S.S.A.	380,083	4.24%
010	CAFESALUD E.P.S.S.A.	698,540	3.36%
011	CRUZ BLANCA EPS S.A.	543,970	2.62%
012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	315,428	1.52%
013	ALIANSA DE ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD S.A.	243,670	1.17%
014	SALUD VIDA S.A. E.P.S.	72,006	0.35%
015	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES N/ALES	45,519	0.22%
016	GOLDEN GROUP S.A. EPS	43,444	0.21%
017	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN-DEPARTAMENTO MEDICO	11,274	0.05%
<b>Subtotal Nº Afiliados Régimen Contributivo</b>		<b>10,750,202</b>	<b>99.95%</b>

REPORTE AFILIADOS BDUA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (MOVILIDAD)			
EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO (CON MOVILIDAD A RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)	Nº AFILIADOS	PARTICIPACIÓN	
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.-CM	3,412	0.02%	
ASOCIACIÓN MUTUAL SERIE EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS-CM	1,726	0.01%	
COOSALUD E.S.S.-CM	780	0.00%	
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA A SMETISALUD-CM	690	0.00%	
EPS CONVIDA-CM	653	0.00%	
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA COMFAMILIAR"-CM	583	0.00%	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR-CM	386	0.00%	
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBÓ E.S.S.-CM	335	0.00%	
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO COMFAMILIAR NARIÑO"-CM	251	0.00%	
CAPRESOCA EPS-CM	243	0.00%	
MALLAMAS-CM	213	0.00%	
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA-CM	184	0.00%	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA HOY SAVIA SALUD EPS	167	0.00%	
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOP ATLANTICO-CM	135	0.00%	
MANEXKA PSI-CM	80	0.00%	
COLSUBSIDIO-CM	51	0.00%	
ANASWAYU-CM	16	0.00%	
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EM DISALUD ESS-CM	9	0.00%	
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO-CM	5	0.00%	
CAFESALUD E.P.S.S.A.-CM	2	0.00%	
<b>Subtotal Nº Afiliados Régimen Contributivo (Movilidad)</b>	<b>9,921</b>	<b>0.05%</b>	
			-
<b>TOTAL AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>	<b>10,760,123</b>	<b>100.00%</b>	

Fuente: Informe Población 2011–2014 [disponible en: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)]

**Tabla 9. Distribución Afiliados EPS Régimen Subsidiado a Diciembre 2014**

REPORTE AFILIADOS BDU A RÉGIMEN SUBSIDIADO			
Nº	EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	Nº AFILIADOS	PARTICIPACIÓN
001	CAPRECOM EPS	317,686	14.50%
002	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIQUIA COMFAMA	695,023	7.41%
003	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E. S. S. EMSSANAR E. S. S.	655,668	7.24%
004	COOSALUD E. S. S.	641,170	7.17%
005	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA A METESALUD	611,696	7.04%
006	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	592,773	6.96%
007	SALUDVIDA S. A. E. P. S	334,643	5.83%
008	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	169,151	5.11%
009	CAPITAL SALUD	066,145	4.66%
010	CAFESALUD E. P. S. S. A.	007,635	4.40%
011	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO E. S. S.	847,844	3.71%
012	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE COORDOBA COMFACOR	561,813	2.46%
013	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOP ATLANTICO	556,074	2.43%
014	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE HUILA COMFAMILIAR"	491,023	2.15%
015	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E. S. S. MDISALUD ESS	490,825	2.14%
016	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	436,133	1.91%
017	EPS CONVIDA	358,364	1.57%
018	MALLAMAS	289,003	1.26%
019	ENTIDAD COOPERATIVA SOL. DE SALUD DEL NORTE DE BOACHA COOPSOS	279,304	1.22%
020	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR DE LA GUAJIRA USAKAWI	248,696	1.09%
021	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CARTAGENA COMFAMILIAR CARTAGENA"	238,993	1.04%
022	MANEXKA EPSI	226,866	0.99%
023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARIÑO COMFAMILIAR NARIÑO"	178,281	0.78%
024	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	174,845	0.76%
025	CAPRESOCA EPS	145,423	0.64%
026	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	126,128	0.55%
027	ANASWAYUU	120,389	0.53%
028	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR C. C. F. DEL ORIENTE COLOMBIANO COMFAORIENTE"	117,131	0.51%
029	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACÁ COMFABOY	104,503	0.46%
030	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	96,923	0.42%
031	COLSUBSIDIO	90,256	0.39%
032	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HOCÓ COMFACHOCO	83,229	0.36%
033	PIJAOS SALUD EPSI	80,178	0.35%
034	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	79,571	0.35%
035	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER COMFANORTE"	54,035	0.24%
036	SALUD TOTAL S. A. E. P. S.	28,957	0.13%
<b>Subtotal Nº Afiliados Régimen Subsidiado</b>		<b>2,596,377</b>	<b>98.75%</b>
REPORTE AFILIADOS BDU A RÉGIMEN SUBSIDIADO (MOVILIDAD)			
EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO (CON MOVILIDAD A RÉGIMEN SUBSIDIADO)	Nº AFILIADOS	PARTICIPACIÓN	
E. P. S. SALUD COOP-CM	108,571	0.47%	
NUEVA EPS S. A. S. CM	53,513	0.23%	
COOMEVA E. P. S. S. A. - CM	34,108	0.15%	
E. P. S. FAMISANAR LTDA. - CM	25,625	0.11%	
EPS DE MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S. A - CM	19,588	0.09%	
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S. A. EPS O. S. S. A. - CM	10,121	0.04%	
CAFESALUD E. P. S. S. A. - CM	9,282	0.04%	
COMPENSAR E. P. S. - CM	9,259	0.04%	
CRUZBLANCA EPS S. A. - CM	7,583	0.03%	
COMFENALCO ALLE E. P. S. - CM	5,135	0.02%	
GOLDEN GROUP S. A. EPS - CM	1,416	0.01%	
E. P. S. SANITAS S. A. - CM	1,411	0.01%	
SALUDVIDA S. A. E. P. S - CM	468	0.00%	
ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S. A. - CM	212	0.00%	
<b>Subtotal Nº Afiliados Régimen Subsidiado (Movilidad)</b>		<b>286,292</b>	<b>1.25%</b>
<b>TOTAL AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO</b>		<b>2,882,669</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Informe Población 2011–2014 [disponible en: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)]

En las tablas presentadas se observa una clasificación que indica reporte de afiliados por *movilidad*, este concepto hace referencia a la posibilidad que tienen los afiliados al SGSSS junto con su núcleo familiar de cambiar de régimen de afiliación, sin solución de continuidad y sin necesidad de trasladarse de EPS, anteriormente por ejemplo, cuando un afiliado al régimen subsidiado obtenía un empleo y se convertía en cotizante, debía realizar el trámite de retiro de su EPS del subsidiado y luego el trámite de afiliación en la EPS del régimen contributivo, o cuando un cotizante por problemas económicos o pérdida de empleo tenía la necesidad de vincularse al régimen subsidiado debía realizar la doble gestión, en la actualidad, con la expedición del Decreto 3047 de 2013 se crean reglas para la movilización entre regímenes, con lo que se concede de manera automática a las EPS la posibilidad de administrar los dos tipos de regímenes y a los usuarios mantenerse en una misma EPS a pesar de pasar de un régimen a otro.

Ahora bien, en lo concerniente a las entidades administradoras de beneficiosa EAPB que tienen a su cargo el aseguramiento de la población vinculada a los regímenes excepcionales, se encuentran activas a Marzo 2015, un total de 16 entidades conforme a la relación que se presenta en la Tabla 10.

**Tabla 10. EAPB Regímenes Excepcionales en Colombia a Marzo 2015**

Nº	ENTIDAD ADMINISTRADORA PLAN DE BENEFICIOS EAPB REGIMEN EXCEPCIONAL
1	ECOPETROL S.A.
2	DIRECCION GENERAL DE SANIDAD MILITAR
3	FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A. FIDUPREVISORA S.A.
4	DIRECCION DE SANIDAD POLICIA NACIONAL
5	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA UNISALUD
6	CAJA DE PREVISIONES SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER CAPRUIS
7	FONDO DE SALUD UNIVERSIDAD DE CORDOBA
8	CAJA DE PREVISIONES SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
9	FONDO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD UNIVERSIDAD DE NARIÑO
10	UNIDAD DE SALUD UNIVERSIDAD DE LA CAUCA
11	PROGRAMA DE SALUD UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
12	SERVICIO DE SALUD UNIVERSIDAD DEL VALLE
13	UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLANTICO
14	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA (UNISALUD UPTC)
15	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN E.S.P. E.E.P.P.M
16	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES DE COLOMBIA

Fuente: Información consolidada por la autora de base de datos vigilados Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional en: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)

#### 2.2.4 Prestación

La función de prestación o producción de servicios, hace referencia a la atención en salud que directamente reciben los usuarios, pacientes o consumidores por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) o Empresas Sociales del Estado (ESE) según sea privada o pública la entidad respectivamente, estas se encargan de proveer los servicios a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud POS. Esta función tiene vital importancia pues es a través de ella que en últimas se puede ver materializado o no el acceso de la población a los servicios y por ende la garantía y protección del derecho a la salud.

La prestación de servicios de salud en el SGSSS tiene varias especificidades en su organización y funcionamiento que es preciso explicar para un mejor entendimiento del objeto de estudio, para el efecto se acude a lo dispuesto en la Resoluciones 5261 de 1994 por la cual se establece el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud, en la Resolución 5521 de 2013 por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud y en la Resolución 2003 de 2014 por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud; de la revisión de estos instrumentos se deducen las siguientes clasificaciones aplicables a la prestación de servicios de salud.

- ✓ Según la *naturaleza jurídica* de las entidades, la prestación de los servicios puede darse a través de:
  - **Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS):** Son aquellas entidades cuyo objeto social es la prestación de servicios de salud y que se encuentran habilitadas de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del SGSSS, estas pueden ser privadas, mixtas o

públicas, estas últimas también denominadas Empresas Sociales del Estado -ESE-.

- **Profesional Independiente de salud:** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.
- **Servicio de Transporte Especial de Pacientes:** Son las IPS o personas naturales que prestan servicios de salud cuyo objeto es el traslado de los pacientes a los servicios de salud correspondientes, de conformidad con el requerimiento de atención en virtud de la patología o trauma padecido.
- **Entidades con Objeto Social Diferente:** Con esta denominación se habilitan los servicios de salud que son prestados por entidades cuyo objeto social no es la prestación de servicios de salud y que por requerimientos propios de la actividad que realizan, brindan servicios de baja complejidad y/o consulta especializada, que no incluyen servicios de hospitalización, ni quirúrgicos.

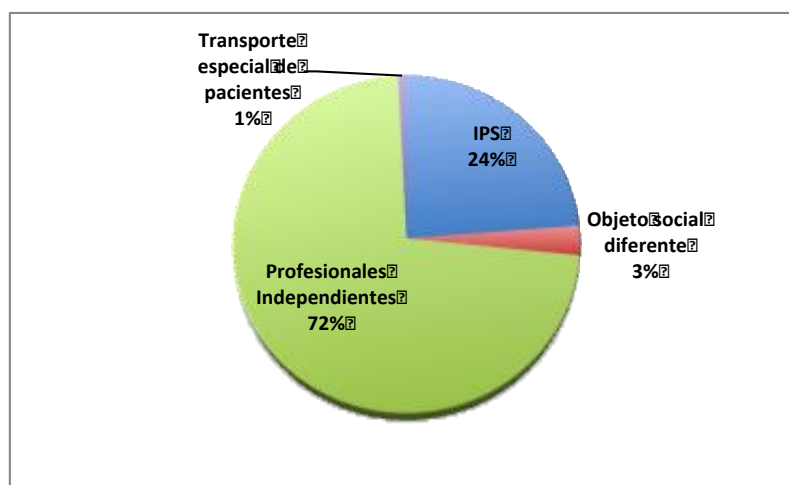
Con corte a Marzo 24 de 2015 se encuentran habilitadas en el país 40.758 instituciones prestadoras de servicios de salud, en la Tabla 11 y Figura 14 se presenta la clasificación por tipo de entidad y según naturaleza jurídica, en donde la mayor participación la tienen los profesionales independientes con el 72,6% de los registros de habilitación, seguidos por las IPS que concentran 9.695 entidades que equivalen al 23,8% del total; las entidades con objeto social diferente y transporte especial de pacientes representan tan solo un 3,6%.

**Tabla 11. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en Colombia a Marzo 2015 (según naturaleza jurídica)**

Tipo de Institución	Naturaleza jurídica			Total	Part%
	Privada	Mixta	Pública		
IPS	23,636	17	1,042	24,695	23.8%
Objeto Social diferente	1,033	2	102	1,147	2.8%
Profesionales independientes	29,596			29,596	72.6%
Transporte especial de pacientes	20			20	0.8%
<b>Total</b>	<b>29,585</b>	<b>19</b>	<b>1,144</b>	<b>30,758</b>	<b>100.0%</b>
<b>Part%</b>	<b>97.1%</b>	<b>0.1%</b>	<b>2.8%</b>	<b>100.0%</b>	

Fuente: Información consolidada por la autora de base de datos vigilados Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional en: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)

**Figura 14. Consolidado prestación SGSSS a Marzo 2015**



Fuente: Información consolidada por la autora de base de datos vigilados Superintendencia Delegada para la Supervisión Institucional en: [www.supersalud.gov.co](http://www.supersalud.gov.co)

✓ Según la *modalidad* de la prestación de los servicios, estos pueden ser:

- **Ambulatorios:** Modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual todas las actividades y tecnologías en salud se realizan sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente. Esta modalidad incluye la consulta por cualquier profesional de la salud, competente y debidamente acreditado

que permite la definición de un diagnóstico y conducta terapéutica para el mantenimiento o mejoramiento de la salud del paciente.

- **Hospitalarios o con Internación:** Modalidad de prestación de servicios de salud con permanencia superior a 24 horas continuas en una institución prestadora de servicios de salud. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará ambulatoria, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión u orden del profesional tratante.
  - **De Urgencias:** Modalidad de prestación de servicios de salud que busca preservar la vida y prevenir las consecuencias críticas, permanentes o futuras, mediante el uso de tecnologías en salud para la atención de usuarios que presentan alteración de la integridad física o mental, por cualquier causa y con cualquier grado de severidad que comprometen su vida o funcionalidad.
  - **Domiciliarios:** Modalidad de prestación de servicios de salud extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de salud en el domicilio o residencia y que cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos o auxiliares del área de la salud y la participación de la familia.
- ✓ Según el *ámbito* de la prestación de los servicios, se tienen los siguientes:
- **Intramurales:** Corresponde a la prestación de servicios de modalidad ambulatorios y hospitalarios que se realizan en una misma estructura de salud.
  - **Extramurales:** Son aquellos servicios que se ofrecen a la población en espacios no destinados a salud o espacios de salud de áreas de difícil acceso, que no cuentan con servicios quirúrgicos habilitados. Estos

espacios son acondicionados temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos en brigadas y jornadas de salud. Los prestadores que ofertan esta modalidad, cuentan con un domicilio que permita su ubicación por parte de los usuarios y la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

- **Telemedicina:** Servicios de salud realizados a distancia, en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios de salud a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.
- ✓ Según el *nivel de complejidad* de la prestación de los servicios, esta es una de las caracterizaciones más importantes por las implicaciones que tiene en el entorno de contratación de servicios entre EPS e IPS y de acceso de los usuarios a los contenidos del POS, hace referencia a la calidad de los servicios de salud que depende de los recursos que las entidades posean, de su composición y organización, de sus elementos estructurales y funcionales, dispuestos con el objetivo común y final de brindar asistencia de las personas para resolver sus necesidades en lo relacionado con el proceso salud-enfermedad, así las cosas, la clasificación es la siguiente:
- **Nivel I:** Incorpora actividades, procedimientos e intervenciones en salud del nivel primario realizadas por médicos generales, odontólogos generales, personal auxiliar, paramédicos y otros profesionales de las salud no especializados, en entidades con infraestructura muy elemental que no requiere especialización o tecnificación de recursos, tales como centros o puestos de salud. En este nivel se desarrollan la mayoría de acciones de

promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el tratamiento de las patologías más comunes y frecuentes en la población. Se considera la puerta de entrada o acceso a todos los demás servicios de salud, pues es desde aquí que se hace la referencia a los demás niveles de atención conforme a la identificación y diagnóstico inicial del estado de salud de las personas.

- **Nivel II:** corresponde a las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización de pacientes derivados del primer nivel o de los que ingresan por el servicio de urgencias, se presentan en urgencias, desarrolladas por médicos generales y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados. El énfasis de la atención se dirige a la recuperación de la salud por eventos por enfermedad general, maternidad o enfermedades de interés en salud pública que no pueden ser resueltos en el primer nivel de atención.
- **Nivel III:** implica los conjuntos de cuidado y control especializado que requieren de infraestructuras de salud de mediana y alta complejidad y cuya atención se focaliza en la realización de tratamientos clínicos, hospitalarios o quirúrgicos especializados para mejorar el funcionamiento mental y físico de la persona que ha sufrido menoscabo de su salud por la presencia de patologías o eventos que comprometen en gran medida su salud y su calidad de vida.
- **Nivel IV:** responde a la prestación de servicios relacionados con la atención de enfermedades de alto costo o también denominadas ruinosas o catastróficas por el impacto negativo en la salud de las personas y por los costos elevados que involucran.

✓ Según su *estructura para habilitación* los servicios de salud se pueden clasificar por *grupos* o *servicios* (Ver Tabla 12):

- **Grupo:** Hace relación al más amplio nivel de clasificación de los servicios de salud en cuanto comparten características genéricas comunes por efectos de la atención brindada al paciente o al momento de la etapa en que sea atendido y que por consiguiente tienen similitudes en el nivel de los estándares y criterios que deben cumplir.
- **Servicio:** Es la unidad básica habilitable en el sistema de salud, por tanto, es a la cual apuntan los criterios de los estándares de habilitación, a partir de los cuales se establece la autorización para el funcionamiento de cualquier prestador de servicios de salud.

Para poder operar dentro del sistema de salud las EPS, EAPB, IPS y ESE deben cumplir con unos requisitos habilitantes establecidos por Ley, para el caso de las EPS son varias los instrumentos jurídicos que fijan estas condiciones y el más reciente de ellos es el Decreto 2702 de 2014 por el cual se actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud, sin perjuicio de la vigencia que aún tienen el Decreto 1485 de 1994 que regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario y el Decreto 515 de 2004 por el cual se define el sistema de habilitación de las EPS del régimen subsidiado.

En relación con la operación de las IPS y ESE es la Resolución 2003 de 2014 la que determina los actuales procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

**Tabla 12. Estructura de los servicios de salud en Colombia**

Grupo	Servicio
Protección específica y detección temprana	Protección específica y detección temprana
Consulta externa	Consulta externa general
	Consulta externa especialidades médicas
	Consulta odontológica general y especializada
	Medicinas Alternativas
Urgencias	Urgencias baja complejidad
	Urgencias mediana y alta complejidad
Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica	Servicio farmacéutico baja complejidad
	Servicio farmacéutico mediana y alta complejidad
	Toma e interpretación de radiografías odontológicas
	Radiología imágenes diagnósticas baja complejidad
	Radiología imágenes diagnósticas, mediana y alta complejidad
	Ultrasonido
	Medicina nuclear
	Radioterapia
	Quimioterapia
	Diagnóstico cardiovascular
	Electrodiagnóstico
	Transfusión sanguínea
	Toma de muestras de laboratorio clínico
	Laboratorio clínico baja, mediana y alta complejidad
	Tamización de cáncer de cuello uterino
	Laboratorio de citologías cervico-uterinas
	Laboratorio de histotecnología
	Laboratorio de patología
	Endoscopia Digestiva
	Hemodiálisis
	Diálisis peritoneal
	Terapias Alternativas
	Neumología Laboratorio de función pulmonar
Hemodinamia	
Internación	Hospitalización baja complejidad
	Hospitalización mediana y alta complejidad
	Hospitalización obstétrica baja complejidad
	Hospitalización obstétrica mediana y alta complejidad
	Cuidado básico neonatal
	Internación parcial en hospital
	Hospitalización en unidad de salud mental
	Internación hospitalaria y/o parcial para consumidor de sustancias psicoactivas
	Atención institucional de paciente crónico
	Cuidado intermedio neonatal
	Cuidado intermedio pediátrico
	Cuidado intermedio adultos
	Cuidado intensivo neonatal
	Cuidado intensivo pediátrico
	Cuidado intensivo adultos
Unidad de quemados adultos y/o pediátricos	
Quirúrgicos	Cirugía baja complejidad
	Cirugía mediana y alta complejidad
	Cirugía ambulatoria
	Trasplante de órganos
	Trasplante de tejidos
Transporte Asistencial	Trasplante de progenitores hematopoyéticos
	Transporte asistencial básico
Otros Servicios	Transporte asistencial medicalizado
	Atención domiciliaria paciente agudo
	Atención domiciliaria paciente crónico sin ventilador
	Atención domiciliaria paciente crónico con ventilador
	Consulta domiciliaria
	Atención prehospitalaria
	Atención consumidor de sustancias psicoactivas
Atención ambulatoria de consumidor de sustancias psicoactivas	
Atención institucional no hospitalaria de consumidor de sustancias psicoactivas	

Fuente: Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud (Numeral 1.2) Resolución 2003 de 2014

De acuerdo con la normatividad en mención las condiciones exigibles para la habilitación y permanencia para administradoras (EPS – EAPB) y prestadoras (IPS y ESE) se pueden clasificar en tres tipos:

- ✓ **Condiciones de capacidad técnico-administrativa**, relacionadas con la organización administrativa y sistema de información de la respectiva entidad, así como los procesos para el cumplimiento de sus obligaciones de Ley y conforme a su naturaleza jurídica.
  
- ✓ **Condiciones de capacidad financiera**, corresponde a los requisitos establecidos para acreditar la capacidad financiera necesaria para garantizar la operación y permanencia de la respectiva entidad y el desarrollo de su función (como aseguradora o prestadora), su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones económicas.
  
- ✓ **Condiciones de capacidad tecnológica y científica**, aquellas indispensables para administrar el riesgo en salud de la población, la organización de la red de servicios y la prestación de los planes de beneficios, tienen como misión proteger y dar seguridad a los usuarios al garantizar el cumplimiento de unas condiciones esenciales de funcionamiento.

Coexiste a su vez la exigencia para todas las entidades de cumplir con unos estándares mínimos de calidad en la atención, los cuales se encuentran contenidos en el Decreto 1011 de 2006 por medio del cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual es concebido al tenor de su artículo 2 como el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

En atención al objeto de estudio del presente trabajo se considera necesario traer a colación las características que este decreto en su artículo 3 indica se deben cumplir por parte de las entidades del sistema a efectos de evaluar y mejorar la calidad de la atención en salud, estas son:

- ✓ **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
  
- ✓ **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.
  
- ✓ **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.
  
- ✓ **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.
  
- ✓ **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

### **3. DEL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD**

#### **3.1. EL ACCESO A LOS SERVICIOS COMO ELEMENTO FUNDAMENTAL DEL DERECHO A LA SALUD**

Para sustentar el análisis del acceso a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud, no existe una mejor fuente de información que los debates jurídicos planteados por la Corte Constitucional a través de las diferentes sentencias de tutela, en especial en la Sentencia T-760 de 2008 que aborda varios casos en los que se invoca la protección del derecho a la salud, concretamente, el acceso a servicios de salud que se requieren.

A criterio de la Corte, el derecho fundamental a la salud, comprende, el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y establece y explica las condiciones para garantizar dicho acceso, las cuales se sintetizan a continuación:

- ✓ **Existencia de un Sistema de Salud que garantice el acceso a los servicios de salud**

Como primera condición para poder garantizar dicha situación, el que exista un conjunto de personas e instituciones que presten tales servicios, señalando para el efecto que le corresponde al Estado cumplir las obligaciones de organizar, dirigir y regular la prestación de los servicios de salud, establecer las políticas para la prestación de los servicios y las competencias para cada uno de los agentes del sistema, definir qué entidades y personas lo pueden integrar, cómo y en qué términos pueden los particulares participar en la prestación de los servicios y

definir el flujo de recursos del sistema; así el Estado tiene entonces la obligación de regular el sector de la salud, orientándolo a garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, esto es, crear la reglamentación adecuada para posibilitar la implementación de las políticas públicas en salud y considera la Corte que el incumplimiento de esta obligación supone pues, una desprotección del derecho a la salud por parte del Estado; por su parte se indica, que cuando la regulación sí existe, pero ésta incentiva que se obstaculice el acceso a los servicios requeridos, la regulación contribuye al irrespeto del derecho a la salud.

✓ **Pertenencia al Sistema y garantía de la prestación de servicios de salud**

En este aspecto señala la Corte Constitucional que por sus características de universalidad, toda persona tiene el derecho de pertenecer al SGSSS y que el Estado tiene la obligación de respetar el derecho a la salud de toda persona, permitiendo que acceda sin discriminación alguna a algunos de los regímenes de salud, plantea que aunque la persona que se encuentra tan sólo vinculada, tiene derecho a acceder a los servicios de salud que requiera, su condición implica, en sí misma, sinnúmero de obstáculos a la prestación de aquellos. Reconoce que sin perjuicio a la obligación que le asiste a los empleadores de afiliarse al sistema de seguridad social, una entidad irrespeto el derecho a la salud de una persona cuando se niega a garantizarle el acceso a los servicios de salud que requiera, en virtud del incumplimiento del empleador de dicha persona.

Se recalca aquí que el Estado tiene la obligación de respetar el derecho a la salud de toda persona, permitiendo que acceda sin discriminación alguna al Sistema de Salud, por lo que no se puede irrespetar el derecho a la salud estableciendo obstáculos irrazonables y desproporcionados, que impidan a una parte de la población acceder al Sistema y a la prestación de servicios de salud, en condiciones de igualdad, como por ejemplo exigir a las familias conformadas

mediante uniones maritales de hecho que transcurran dos años de relación para que el cónyuge beneficiario pueda acceder al Sistema de Salud.

Para la jurisprudencia constitucional, toda persona tiene el derecho a que las EPS e IPS, actúen con base en la información oficial que de ellos se cuente en el Sistema de Salud, la cual debe ser veraz y actual, por tal razón en los casos en los que la información registrada oficialmente no sea la adecuada, se debe identificar el medio más expedito en cada situación particular. Se afirma que cuando se obstaculiza a una persona el acceso al servicio de salud que requiere, por fallas en la información, se viola su derecho a la salud.

Por último, en este punto la Corte trae a colación el principio de la libre escogencia que permite a las personas desvincularse de aquellas entidades que no garantizan adecuadamente el goce efectivo de su derecho a la salud, a la vez que les permiten afiliarse a aquellas que demuestren que están prestando los servicios de salud con idoneidad, oportunidad y calidad, lo que supone un traslado entre entidades, el cual es permitido una vez transcurra un período de tiempo (12 a 24 meses), disposición cuya razonabilidad resulta desproporcionada y vulnera el derecho al acceso a los servicios.

✓ **Conocimiento de la información adecuada y necesaria para acceder a los servicios de salud con libertad y autonomía**

Conforme a lo preceptuado por la jurisprudencia en materia de salud, las entidades del sistema tienen la obligación de brindar a las personas la información que sea necesaria para poder acceder a los servicios de salud que requieran, con libertad y autonomía, permitiendo que la persona elija la opción que le garantice en mayor medida su derecho. En este sentido se indica que las EPS e IPS tienen el deber de brindar a las personas la información necesaria para que puedan saber cuál es el servicio y tratamientos de salud que requieren, cuáles son las

probabilidades de éxito y de riesgo que representa el tratamiento, así como también, cómo acceder a los servicios de salud orientando sobre cuáles son las entidades encargadas de prestarlos.

Por su parte se advierte que para que una persona pueda ejercer su libertad de afiliación conforme a los principios del SGSSS, debe contar con los datos suficientes que le permitan conocer cuáles son las opciones de afiliación con las que cuenta y el desempeño de cada una de estas instituciones, en función del respeto al goce efectivo del derecho a la salud.

✓ **Derecho a que las entidades responsables garanticen el acceso a los servicios de salud con calidad, eficacia y oportunidad**

Al respecto la Corte Constitucional subraya que la garantía constitucional de toda persona a acceder a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, contemplada dentro del derecho a la salud (art. 49, CP), ha sido desarrollada por la jurisprudencia constitucional, haciendo énfasis en las condiciones de calidad, eficacia y oportunidad con que las que los servicios deben ser prestados y que se resumen a continuación:

- El ámbito de protección constitucional en el acceso a los servicios de salud, son aquellos que la persona requiere, según el médico tratante, esto es, servicios indispensables para conservar su salud, cuando se encuentre comprometida gravemente su vida, su integridad personal, o su dignidad; sin que ello signifique que el derecho a la salud sea absoluto, ilimitado e infinito en el tipo de prestaciones cobijadas.
- El principal criterio para determinar cuáles son estos mínimos servicios de salud a los que una persona tiene derecho a acceder, es el concepto

científico del médico tratante, aunque no de forma exclusiva, pues hay algunos casos en los que es prescindible o puede ser controvertido.

- La garantía constitucional de acceso a los servicios de salud que una persona requiera, no puede ser obstaculizada por el hecho de que el servicio no esté incluido dentro de un plan obligatorio de salud; incluso en aquellos casos en los cuales la persona no pueda asumir los costos que le corresponda asumir. Se indica que en la actualidad el acceso a los servicios depende, de si el servicio requerido está incluido en uno de los planes obligatorios de servicios de salud a los cuales la persona tiene derecho y en tal sentido los servicios que se requieran pueden ser de dos tipos: aquellos que están incluidos dentro del plan obligatorio de salud (POS) y aquellos que no.
- Cuando existan discrepancias en cuanto a si una persona requiere o no un servicio de salud que no se encuentre contemplado dentro del POS y mientras no se establezca o no exista un procedimiento expedito para resolver con base en criterios claros los conflictos entre el médico tratante y el Comité Técnico Científico (CTC), la decisión de un médico tratante de ordenar una droga excluida del POS, por considerarla necesaria para salvaguardar los derechos de un paciente, prevalece y debe ser respetada, salvo que el Comité Técnico Científico, basado en conceptos médicos de especialistas en el campo en cuestión, y en un conocimiento completo y suficiente del caso específico bajo discusión, considere lo contrario.
- Teniendo en cuenta que el sistema de salud prevé en ocasiones pagos moderadores a cargo de las personas que van a acceder a un determinado servicio de salud, éstos deben ser razonables y no pueden constituir barreras de acceso a los servicios de salud que se requieran, para quienes no tienen la capacidad económica de sufragarlos, en especial, en aquellos

casos en los que la vida o la integridad personal se encuentran gravemente comprometidas. Si bien las EPS e IPS tienen el derecho a que le sean pagadas las sumas de dinero a que haya lugar, no lo pueden ejercer a costa del goce efectivo del derecho a la salud de una persona, para ello pueden acudir al mecanismo de recobro a las entidades territoriales o al FOSYGA según sea el caso.

- El acceso a los servicios de salud debe garantizarse en condiciones de oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad y de acuerdo con el principio de integralidad, este último a criterio de la Corte Constitucional conlleva todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud. Así mismo se debe garantizar el acceso a los servicios de salud, libre de trámites y procedimientos administrativos engorrosos e innecesarios; de manera continua, por lo que no puede ser interrumpida súbitamente su prestación.

✓ **Acceso a los servicios de salud que requieren los sujetos de especial protección constitucional, como los niños y las niñas**

En lo relacionado con el acceso a los servicios de salud por parte de los sujetos que gozan de especial protección constitucional, jurisprudencialmente se ha protegido a los niños y las niñas, cuyo derecho a la salud es expresamente reconocido como fundamental por la Carta Política (art. 44, CP); así mismo se ha reconocido la protección especial que merecen, las mujeres embarazadas, las

personas de la tercera edad, las personas en situación de discapacidad y aquellas personas que se encuentran en una relación de sujeción, como por ejemplo, las personas vinculadas a las Fuerzas Armadas o las personas privadas de la libertad.

### **3.2.ALGUNOS INDICADORES RELACIONADOS CON EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD**

Como corolario al presente capítulo es dable manifestar que la vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de los regímenes contributivo, subsidiado o excepcional, es el mecanismo para lograr el acceso de la población a la atención y la contratación de servicios entre las EPS/EABP y las IPS/ESE es el medio para obtener el acceso efectivo a los servicios.

Con fundamento en las coberturas de aseguramiento que en la actualidad ha alcanzado el país, se podría afirmar que la accesibilidad a los servicios de salud es demasiado buena pues como se presentó en el numeral de aseguramiento, el 96,61% de la población se encuentra afiliada al sistema. No obstante, la afiliación parece no significar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, pues otra es la realidad que se presenta cuando el usuario acude a los centros médicos en búsqueda de atención.

A pesar de los múltiples esfuerzos realizados por diferentes agentes para mejorar las condiciones de aseguramiento y prestación de servicios, tales como las reformas al SGSSS para acelerar el flujo de recursos, el apalancamiento a través de reformas tributarias, la igualación de los planes de beneficios, la regulación y control frente a los precios de medicamentos (por el alto porcentaje que representa en el gasto en salud), la instauración del régimen de movilidad, entre otros; siguen persistiendo los inconvenientes frente al acceso a los servicios pues los usuarios encuentran barreras u obstáculos de tipo administrativo, económico o

geográfico que retrasan su posibilidad de acceder a ellos o en muchos casos les impiden su utilización, por lo que se ven avocados a interponer tutelas para lograr que sean atendidos de manera efectiva sus requerimientos. Es así como en los reportes estadísticos de la Defensoría del Pueblo<sup>43</sup> se indica que sólo en el año 2013 de las aproximadamente 454.500 acciones que se interpusieron en el país para evitar la vulneración de cualquier derecho fundamental, 115.147 versaron sobre la protección del derecho a la salud y 50.053 sobre el derecho a la seguridad social, que equivalen en conjunto al 36% del total de acciones admitidas (ver Tabla 13 y Tabla 14).

**Tabla 13. Consolidado Tutelas Corte Constitucional 2012 – 2013**

Derechos Invocados	2012		2013		Variación%
	Nº Tutelas	% Part. en Tut.	Nº Tutelas	% Part. en Tut.	
Petición	190.743	44,94	218.656	48,11	14,63
Salud	114.313	26,94	115.147	25,33	0,73
Otros derechos económicos, sociales y culturales	63.934	15,06	71.820	15,80	12,33
Vida digna y dignidad humana	59.142	13,94	61.611	13,56	4,17
Seguridad Social	53.537	12,61	50.073	11,02	-6,47
Debido proceso y defensa	52.353	12,34	49.813	10,96	-4,85
Vida	29.491	6,95	26.527	5,84	-10,05
Igualdad	19.390	4,57	17.253	3,80	-11,02
Trabajo	10.710	2,52	10.800	2,38	0,84
Libertad de enseñanza, educación, investigación	5.081	1,20	6.129	1,35	20,63
Intimidad, buen nombre y honra	3.807	0,90	3.814	0,84	0,18
Integridad física	3.903	0,92	3.251	0,72	-16,71
Protección al menor y mujer embarazada	2.913	0,69	1.578	0,35	-45,83
Personalidad jurídica	1.178	0,28	1.258	0,28	6,79
Derechos colectivos y del medio ambiente	1.022	0,24	1.145	0,25	12,04
Libertad individual	855	0,20	916	0,20	7,13
Libre desarrollo de la personalidad	500	0,12	554	0,12	10,80
Libertad de asociación	284	0,07	422	0,09	48,59
Libertad de expresión e información	352	0,08	204	0,04	-42,05
Libertad de locomoción	145	0,03	163	0,04	12,41
Derechos políticos	304	0,07	101	0,02	-66,78
Reparación e Indemnización	113	0,03	98	0,02	-13,27
Libertad de culto	36	0,01	51	0,01	41,67
Libertad de escoger profesión u oficio	31	0,01	50	0,01	61,29
Libertad de conciencia	15	0,00	35	0,01	133,33
Otros	339	0,08	748	0,16	120,65
<b>TOTAL TUTELAS INTERPUESTAS</b>	<b>424.400</b>		<b>454.500</b>		<b>7,1%</b>

Fuente: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, Defensoría del Pueblo, 2013, p. 206.

<sup>43</sup> Defensoría del Pueblo. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013 Bogotá D. C., 2014

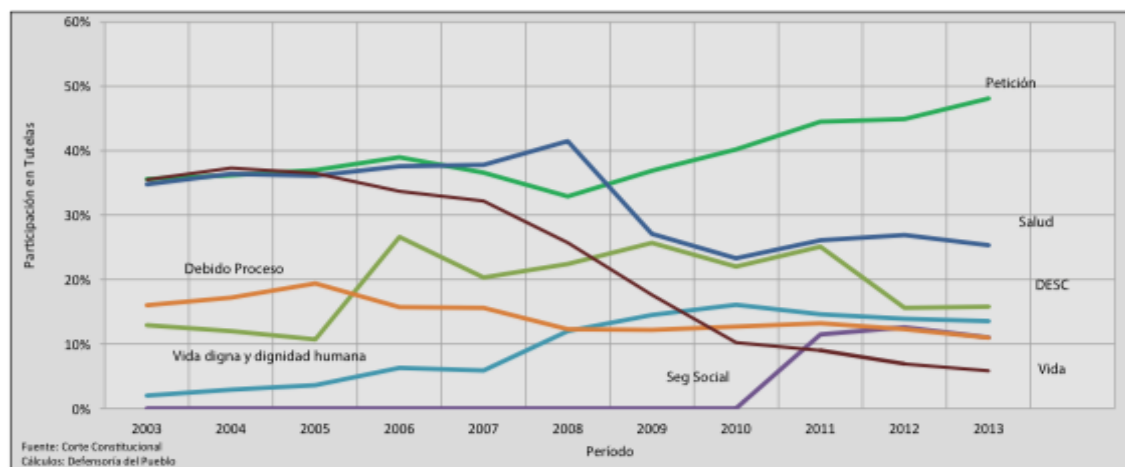
**Tabla 14. Participación tutelas derecho a la salud y a la seguridad social 2012 – 2013**

Derecho Invocado	2012		2013	
	Nº Tutelas	Part%	Nº Tutelas	Part%
Salud	14,313	27%	15,147	25%
Seguridad Social	3,537	13%	10,073	11%
Otros derechos	56,550	60%	89,280	64%
<b>Total</b>	<b>24,400</b>	<b>100%</b>	<b>54,500</b>	<b>100%</b>

Fuente: Información consolidada por la autora de La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social Defensoría del Pueblo, 2013, p. 206.

Así mismo, este ente de control, presenta el comportamiento y participación que tuvieron durante el período 2003 a 2013 los diferentes derechos invocados en el total de tutelas interpuestas en el país (ver Figura 15), en donde se puede establecer la notable participación de los derechos a la salud y seguridad social; incluso se observa como en el año 2008, el derecho a la salud es el de mayor participación a nivel nacional y también su descenso a partir de 2009 frente a lo que se presume en algún grado la efectividad de la intervención de la Corte Constitucional al conminar al Gobierno para solucionar los problemas del sistema mediante las órdenes impartidas a través de la histórica sentencia T-760 de Julio de 2008.

**Figura 15. Derechos más invocados en las tutelas, Colombia 2003 -2013**



Fuente: La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social, Defensoría del Pueblo, 2013, p. 207.

En atención al propósito de investigación de determinar el impacto que tienen los mecanismos de contratación entre EPS/EAPB e IPS/ESE frente al acceso de la población a los servicios de salud, se torna imprescindible analizar y delimitar de una manera objetiva el entendimiento en torno al concepto de “acceso a los servicios de salud”, para el efecto se realizó la revisión de varios estudios y se considera traer a colación el realizado por Jhorland Ayala García, economista adscrito al Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER) del Banco de la República<sup>44</sup>, donde se evalúan los determinantes del acceso a los servicios médicos en Colombia con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) del año 2012.

Este estudio define el acceso a los servicios médicos como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan y se puede dividir en acceso efectivo o realizado, el cual depende de indicadores del uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada, y el acceso potencial, determinado por las características del sistema de salud y algunas características de las personas en el área geográfica definida.

De otra parte indica, que a nivel nacional hay se ha utilizado la cobertura de aseguramiento como indicador de acceso a los servicios médicos, sin embargo, de acuerdo con los datos de las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida de 1997 y 2012, se presentó una reducción en el acceso realizado a los servicios médicos. Lo que no quiere decir que la mayor cobertura no ha tenido ningún efecto sobre el acceso, pues quienes están asegurados por el SGSSS han presentado mayor probabilidad de utilizar los servicios médicos que quienes no, de acuerdo con datos de las encuestas.

---

<sup>44</sup> GARCIA AYALA, J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documento de Trabajo sobre Economía Regional No 204, Editorial Banco de la República, 2014.

También presenta evidencia de que las mujeres tienen mayor probabilidad de acceso a los servicios médicos, al igual que quienes viven en zona urbana, tienen con mayores ingresos, están afiliados al régimen contributivo y viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio.

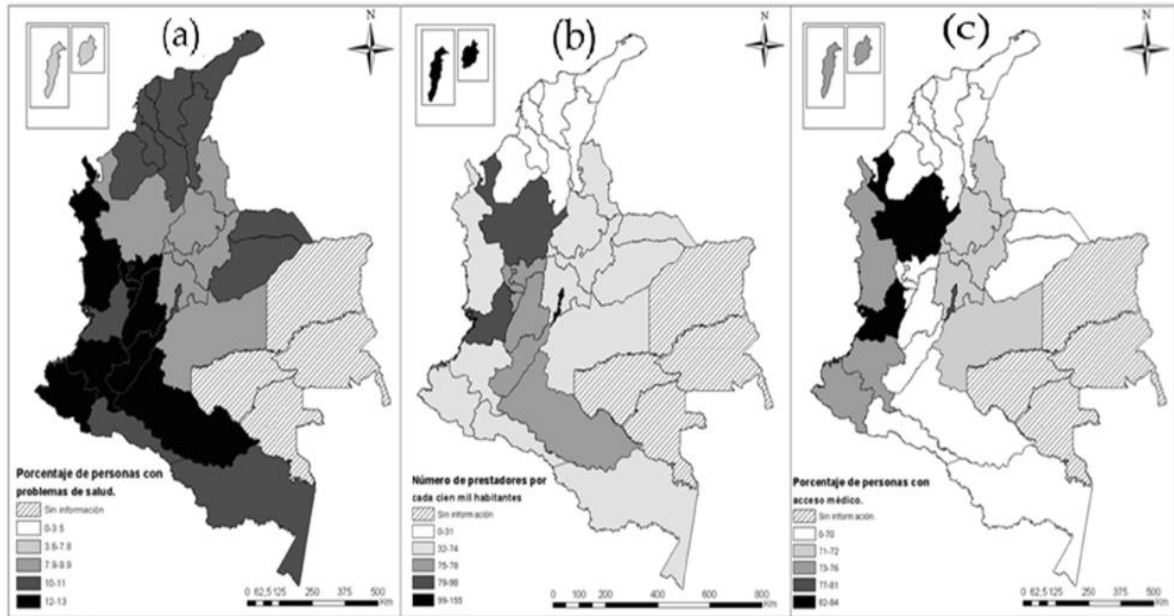
De acuerdo con los datos de la ENCV del año 2012, el estudio muestra diferencias por regiones en el país, las que tienen mayor necesidad de servicios médicos diferentes a hospitalizaciones, como la Pacífica, Central y Caribe, fueron las que tuvieron un menor acceso relativo a los servicios de salud, mientras que la región de Antioquia tuvo el mayor acceso aun cuando fue una de las regiones con menor necesidad relativa de servicios médicos, superada únicamente por San Andrés, Providencia y Santa Catalina (SAPSC).

La Figura 16 tomada del estudio reportado, muestra la distribución de la necesidad de atención médica en el panel (a), la oferta de prestadores habilitados en el (b) y el acceso a los servicios médicos en el (c), según regiones en Colombia para el 2012.

Plantea que mientras la región Pacífica (sin Valle del Cauca) presentó la mayor necesidad de servicios de salud, fue una de las que menos prestadores por habitante poseía, similar a lo presentado frente a la región Caribe, mientras que SAPSC fue uno de los territorios con mayor cantidad de prestadores por habitante aun cuando fue el que presentó menor necesidad de servicios médicos.

Se manifiesta que la región Caribe no solo es la que menos prestadores por habitante tenía en el 2012, sino que junto a las regiones Central y Amazonía – Orinoquía fue la que menor acceso a la atención médica presentó.

**Figura 16. Necesidad, disponibilidad y acceso a los servicios médicos en Colombia 2012**



Fuente: La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, p. 15.

Lo anterior, según García Ayala, refleja las diferencias regionales que existen en toda la cadena del acceso en Colombia, desde las necesidades de atención médica hasta el acceso realizado; así mismo, que la distribución de los prestadores de servicios de salud en el país no responde a las necesidades de servicios médicos en las regiones, lo que permite pensar que no es sorprendente que existan diferencias en materia de acceso realizado, el cual precisamente requiere que haya disponibilidad de recursos médicos cuando y donde las personas los necesiten.

El autor considera importante evaluar si estas diferencias regionales se han mantenido con el paso del tiempo o si por el contrario han aumentado o disminuido y compara los datos observados en 1997, el cual contiene los primeros resultados capturados por la ENCV después de la reforma a la seguridad social en Colombia en 1993, con los datos del 2012. Como resultado encontró que el acceso a los servicios médicos disminuyó en Colombia cerca de 3,6 puntos

porcentuales (pp) entre 1997 y 2012, lo que para él significa que, controlando por el tamaño de la población, el número de personas que requirió servicios médicos y no los recibió al momento de necesitarlos aumentó en poco más de 173.000 en relación al año 1997.

Este comportamiento lo observó en la mayoría de las regiones, con excepción de Antioquia y la región Oriental, las cuales presentaron un aumento importante en este indicador, según él, posiblemente debido a que estas fueron las regiones en las que el porcentaje de personas pertenecientes al régimen contributivo se redujo en menor medida: 22 pp y 15 pp respectivamente, frente a 42 pp de la región Caribe.

En el mismo sentido, plantea que existen diferencias regionales en el acceso registrado en el 2012 de acuerdo con datos de la Tabla 15, el departamento de Valle del Cauca lo encuentra como el mejor posicionado con un 83,7% y la región Orinoquía – Amazonía ocupa el último lugar con un 69% con 14,7 pp menos, muy cerca de las regiones Caribe y Central.

Expone a su vez sobre la reducción en el acceso para aquellas personas que viven en cabeceras urbanas, centros poblados e inspecciones de policía, mientras que quienes viven en zona rural experimentaron un aumento en el indicador que en opinión del estudio refleja una pequeña reducción de las desigualdades entre la zona rural y urbana. Destaca que en el departamento de SAPSC se presentó una reducción en el acceso de 18 pp entre 1997 y 2012, por lo que la ubica como la región que más retrocedió en esta materia.

**Tabla 15. Porcentaje de personas con acceso médico por ubicación geográfica 1997 y 2012**

	Variable	1997	2012	Variación (pp)
Regiones	Valle del Cauca	-	83,7	-
	Antioquia	81,7	82,9	1,2
	Bogotá	87,7	81,1	-6,7
	San Andrés, Providencia y Santa Catalina	94,2	76,2	-18,0
	Pacífica(sin Valle del Cauca para 2012)	82,2	74,4	-
	Oriental	67,8	72,8	5,0
	Caribe	80,2	70,6	-9,6
	Central	78,8	69,4	-9,4
	Orinoquía - Amazonía	82,7	69,0	-13,7
	Zonas	Cabecera	83,0	77,5
Centros poblados, inspección de policía		75,5	67,9	-7,6
Área rural dispersa		62,5	68,9	6,4
Nacional		79,1	75,5	-3,6

Fuente: La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, p. 16.

García Ayala señala que de acuerdo con las características del SGSSS, el acceso se redujo tanto para quienes estaban cubiertos por el sistema como para los que no lo estaban. Dentro de los cubiertos, la Tabla 16 muestra que disminuyó el acceso para los pertenecientes al régimen contributivo, mientras que para los del régimen subsidiado aumentó 2,3 pp.

Acudiendo a los datos presentados en el capítulo anterior del presente trabajo, en las estadísticas de aseguramiento, se tiene que la cobertura de la afiliación frente al total de población cubierta, en el régimen subsidiado aumentó de 30,7 en 1997 a 50,3 en 2012 y la del contributivo disminuyó del 64,6 en 1997 a 44,4 en 2012, lo cual podría inferirse pudo contribuir a los resultados observados en el acceso que refleja el estudio del Banco de la República.

**Tabla 16. Acceso a la salud por características del sistema**

Variable	Acceso		Variación (pp)
	1997	2012	
<b>Cobertura</b>			
No	70,2	50,4	-19,8
Si	84,0	77,5	-6,5
<b>Régimen</b>			
Contributivo	89,4	82,5	-6,9
Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, u otros)	-	84,4	
Subsidiado	70,8	73,1	2,3
No sabe, no informa	-	50,4	

Fuente: La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, p. 17.

En cuanto a las características individuales, el estudio en revisión afirma que el acceso disminuyó tanto para las mujeres como para los hombres, aunque en menor medida para las primeras, así como también en todos los grupos de edad y que por estrato la situación no fue diferente, dado que se redujo en el bajo y el medio, pero para quienes se ubican en el estrato alto el acceso promedio aumentó 2 pp, señala a su vez que se redujo el acceso para quienes consultan o no por prevención, aunque se mantiene la diferencia entre el acceso para estos dos grupos (ver Tabla 17). Por su parte, también se presentan las razones por las cuales las personas no solicitaron o no recibieron atención médica al momento de presentar una enfermedad, como resultado, encuentra que la percepción de que “el caso era leve” aparece como la principal barrera al acceso para el año 2012, seguida de la falta de recursos económicos y la percepción de un mal servicio del sistema (ver Tabla 18), lo que muestra no es similar a lo presentado en 1997, donde la falta de dinero era la principal razón por la cual los colombianos no recibían atención médica, lo que presume representa un avance en materia de equidad en el acceso, pues el porcentaje de personas que no recibió atención por falta de recursos pasó del 42,2% al 11,5%.

**Tabla 17. Acceso a la salud por características socioeconómicas**

<b>Características</b>	<b>1997</b>	<b>2012</b>	<b>Variación (pp)</b>
<b>Sexo</b>			
Hombre	76,4	73,0	-3,4
Mujer	81,1	77,3	-3,7
<b>Rangos de edad</b>			
Menores de 1 año	80,5	79,8	-0,7
Entre uno y 5 años	78,6	78,2	-0,4
Entre 5 y 25 años	73,8	70,5	-3,2
Entre 25 y 50 años	80,5	75,7	-4,9
Entre 50 y 75 años	84,2	78,8	-5,4
Mayores de 75 años	85,3	84,1	-1,2
<b>Estrato</b>			
Bajo	75,5	74,7	-0,8
Medio	85,8	81,0	-4,8
Alto	92,2	94,1	2,0
<b>Etnia</b>			
No pertenece		76,6	-
Sí pertenece		70,6	-
<b>Prevención</b>			
Sólo al médico		80,5	-
Sólo al odontólogo		71,1	-
Al médico y al odontólogo	89,0	81,8	-
A ninguno	67,9	62,9	-4,9

Fuente: La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, p. 18.

**Tabla 18. Razones por las cuales no tuvieron acceso los colombianos, 1997 y 2012**

<b>Razones</b>	<b>1997</b>	<b>2012</b>
El caso era leve	31,0	54,9
Falta de dinero	42,3	11,5
Mal servicio o cita distanciada en el tiempo	1,4	8,3
El centro de atención queda lejos	4,2	5,8
Muchos trámites para la cita	3,4	5,8
No tuvo tiempo	7,3	5,4
No confía en los médicos	4,8	4,7
Consultó antes y no le resolvieron el problema	4,3	1,8
No lo atendieron	1,4	1,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso, p. 19.

No obstante, el estudio deja en evidencia un aspecto que no muestra mejora y es el de la percepción sobre la calidad de los usuarios, ya que quienes no recibieron atención por percibir un mal servicio o una cita distanciada en el tiempo pasaron de representar el 1,4% al 8,3%, con lo que concluye que se mejoró en cobertura, pero se empeoró en la percepción de la calidad del servicio.

A través del estudio se pueden establecer dos tipos de barreras: de oferta y de demanda. Como barreras de oferta identifica las que tienen que ver con aspectos organizacionales o institucionales como “muchos trámites para la cita” y el “no lo atendieron”, con la calidad del servicio, como es el caso de “mal servicio o cita distanciada en el tiempo” y “consultó antes y no le resolvieron el problema” y las relacionadas con la disponibilidad de recursos médicos, tal es el caso de “el centro de atención queda lejos”. Dentro de las barreras de demanda identifica tres tipos, el primero relacionado con los costos asociados a la demanda del servicio, como la “falta de dinero” o “no tuvo tiempo”; el segundo con la percepción que se tiene sobre la gravedad del problema de salud, donde se encuentra “el caso era leve” y por último, las relacionadas con la cultura y el conocimiento acerca del sistema de salud, tal es el caso de “no confía en los médicos”.

Derivado de lo anterior el estudio concluye que las barreras de la demanda representaron el 76,5% en el 2012 frente al 85,4% de 1997, con lo que muestra que después de 15 años estas restricciones perdieron importancia, mientras que las barreras a la oferta aumentaron en 9 pp su participación, especialmente aquella relacionada con la calidad del servicio, la cual pasó de 1,4% a 8,3% en el período analizado, encontrándose finalmente una reducción en el acceso a los servicios de salud en el país, en donde si bien las barreras de demanda siguen siendo las de mayor relevancia para el acceso, las barreras en la oferta han aumentado su importancia.

#### **4. DE LOS MECANISMOS DE CONTRATACIÓN VIGENTES ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS-**

Con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud creado mediante la Ley 100 de 1993 y sus posteriores reformas Ley 1122 de 2007 y Ley 1438 de 2011 se han diversificado las formas y mecanismos jurídicos que regulan las relaciones entre los diferentes agentes que conforman el sistema. Al igual que en los demás sectores sociales, en el sector salud, la interacción entre sus agentes se ve materializada a través de actos jurídicos o procesos contractuales que reflejan su voluntad y autonomía y que generan derechos y obligaciones entre ellos y frente a terceros.

Es así como desde sus inicios la Ley 100 de 1993 plantea para los agentes del sistema la posibilidad de suscribir acuerdos o contratos en el ejercicio de sus funciones, a modo de ejemplo, en su artículo 174 indica que corresponde a los departamentos, distritos y municipios, funciones de dirección y organización de la oferta de servicios de salud por instituciones públicas, por contratación de servicios o por el otorgamiento de subsidios a la demanda; en el artículo 179 establece que para garantizar el POS a sus afiliados, las EPS prestarán directamente o contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales y que para racionalizar la demanda por servicios, podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos; en el artículo 193 sobre incentivos a trabajadores y profesionales de la salud permite a EPS e IPS establecer modalidades de contratación por capitación con grupos de práctica profesional o con profesionales individuales con el fin de incentivar la eficiencia y la calidad de la prestación de servicios de salud; en el artículo 216 dentro de las reglas básicas

para la administración de los subsidios en salud permite a las direcciones locales de salud, entre sí o con las direcciones seccionales de salud asociarse para la contratación de los servicios de una entidad promotora de salud. Las reformas al sistema y sus reglamentaciones también establecen aspectos asociados a las relaciones contractuales que serán abordados con mayor profundidad a lo largo de este capítulo.

En concordancia con los planteamientos esbozados en el capítulo anterior, se puede afirmar sin lugar a dudas que la contratación de servicios entre aseguradores (EPS/EAPB) y prestadores (IPS/ESE) es el mecanismo para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud, de lo cual se deduce a su vez que los procesos contractuales que se desarrollen deberían estar enfocados hacia el cumplimiento de los principios propuestos por el SGSSS y de los elementos y principios que incorpora el derecho fundamental a la salud (ver Tabla 19).

Con la entrada en vigencia de la Ley 1122 de 2007 que modifica el SGSSS, se presenta un avance normativo en materia de contratación en salud, dado que se exhorta al Gobierno Nacional a reglamentar sobre el tema. Es así como en la actualidad los agentes del sistema en lo referente a contratos de prestación de servicios de salud, además de regirse por las normas vigentes del derecho privado y los lineamientos contractuales acordados, aprobados y suscritos que son ley para las partes, deben adoptar y aplicar en sus procesos de negociación, suscripción y ejecución de contratos los contenidos del *Decreto 4747 de 2007* por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago, que aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud, incluidas las entidades que administran regímenes especiales y de excepción; y la *Resolución 3047 de 2008*, por medio de la cual se

**Tabla 19. Principios del SGSSS y del derecho fundamental a la salud**

Principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Artículo 3º Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones)	Elementos Principios del Derecho Fundamental a la Salud (Artículo 6º Ley 1751 de 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones)
<b>Principios del SGSSS</b>	<b>Elementos del Derecho Fundamental a la Salud</b>
<p><b>Universalidad:</b> El SGSSS cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida.</p>	<p><b>Disponibilidad:</b> El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente.</p>
<p><b>Solidaridad:</b> Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de Seguridad Social en Salud, entre las personas.</p>	<p><b>Aceptabilidad:</b> Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del:</p>
<p><b>Igualdad:</b> El acceso a la Seguridad Social en Salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.</p>	<p><b>Accesibilidad:</b> Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.</p>
<p><b>Obligatoriedad:</b> La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.</p>	<p><b>Calidad y idoneidad profesional:</b> Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.</p>
<p><b>Prevalencia de derechos:</b> Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, las niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en la ley, dentro del Plan de Beneficios.</p>	<b>Principios del Derecho Fundamental a la Salud</b>
<p><b>Enfoque diferencial:</b> El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en Salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación.</p>	<p><b>Universalidad:</b> Los residentes en el territorio colombiano gozarán efectivamente del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.</p>
<p><b>Equidad:</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.</p>	<p><b>Pro homine:</b> Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.</p>
<p><b>Calidad:</b> Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.</p>	<p><b>Equidad:</b> El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.</p>
<p><b>Eficiencia:</b> Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y la calidad de vida de la población.</p>	<p><b>Continuidad:</b> Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido inidada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas.</p>
<p><b>Participación social:</b> Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en conjunto.</p>	<p><b>Oportunidad:</b> La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin dilaciones.</p>
<p><b>Progresividad:</b> Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios.</p>	<p><b>Prevalencia de derechos:</b> El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) niños.</p>
<p><b>Libre escogencia:</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y los prestadores de servicios de salud dentro de las condiciones de cualquier momento y tiempo.</p>	<p><b>Progresividad del derecho:</b> El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p>
<p><b>Sostenibilidad:</b> Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del SGSSS deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.</p>	<p><b>Libre elección:</b> Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible según las normas de habilitación.</p>
<p><b>Transparencia:</b> Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.</p>	<p><b>Sostenibilidad:</b> El Estado dispondrá, por los medios que la ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, de conformidad con las normas constitucionales de sostenibilidad fiscal.</p>
<p><b>Descentralización administrativa:</b> En la organización del Sistema General de Seguridad Social en Salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales de salud.</p>	<p><b>Solidaridad:</b> El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p>
<p><b>Complementariedad y concurrencia:</b> Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del SGSSS.</p>	<p><b>Eficiencia:</b> El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.</p>
<p><b>Corresponsabilidad:</b> Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del SGSSS y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.</p>	<p><b>Interculturalidad:</b> Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país en el ámbito global, así como el esfuerzo deliberado por construir mecanismos que integren tales diferencias en la salud, en las condiciones de vida y en los servicios de atención integral de las enfermedades, a partir del reconocimiento de los saberes, prácticas y medios tradicionales, alternativos y complementarios para la recuperación de la salud en el ámbito global.</p>
<p><b>Irrenunciabilidad:</b> El derecho a la Seguridad Social en Salud es irrenunciable, no puede renunciarse en su totalidad o parcialmente.</p>	<p><b>Protección a los pueblos indígenas:</b> Para los pueblos indígenas el Estado reconoce y garantiza el derecho fundamental a la salud integral, entendida según sus propias cosmovisiones y conceptos, que se desarrollan en el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI).</p>
<p><b>Intersectorialidad:</b> Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afectan los determinantes y el estado de salud de la población.</p>	<p><b>Protección pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras:</b> Para los pueblos y comunidades indígenas, ROM y negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, se garantizará el derecho a la salud como fundamental y se aplicará de manera concertada con ellos, respetando sus costumbres.</p>
<p><b>Prevenición:</b> Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y a la prestación de los servicios de salud.</p>	
<p><b>Continuidad:</b> Toda persona que habiendo ingresado al Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro o su calidad de vida o integridad.</p>	

Fuente: Artículo 3º Ley 1438 de 2011 – Artículo 6º Ley 1751 de 2015

definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud.

A través del Decreto 4747 de 2007 se adoptan las siguientes definiciones en materia de contratación de servicios de salud.

- ✓ **Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.
- ✓ **Entidades responsables del pago de servicios de salud:** Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las entidades promotoras de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las administradoras de riesgos profesionales.
- ✓ **Red de prestación de servicios:** Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

- ✓ **Modelo de atención:** Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia.
  
- ✓ **Referencia y contrarreferencia.** Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

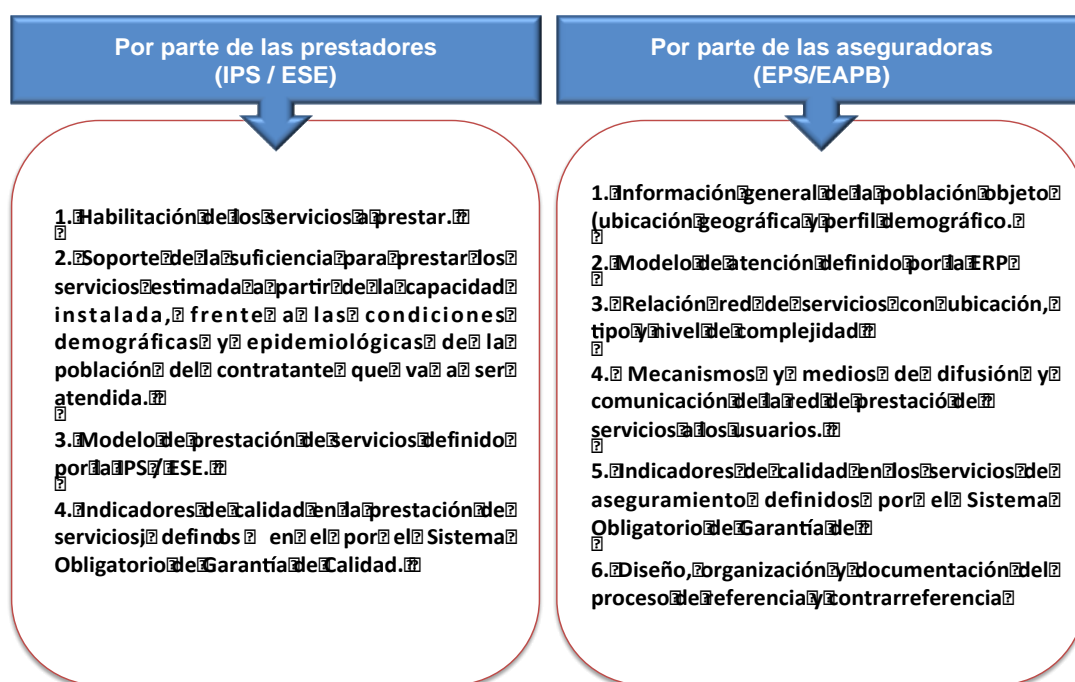
La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- ✓ **Acuerdo de voluntades:** Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a

las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

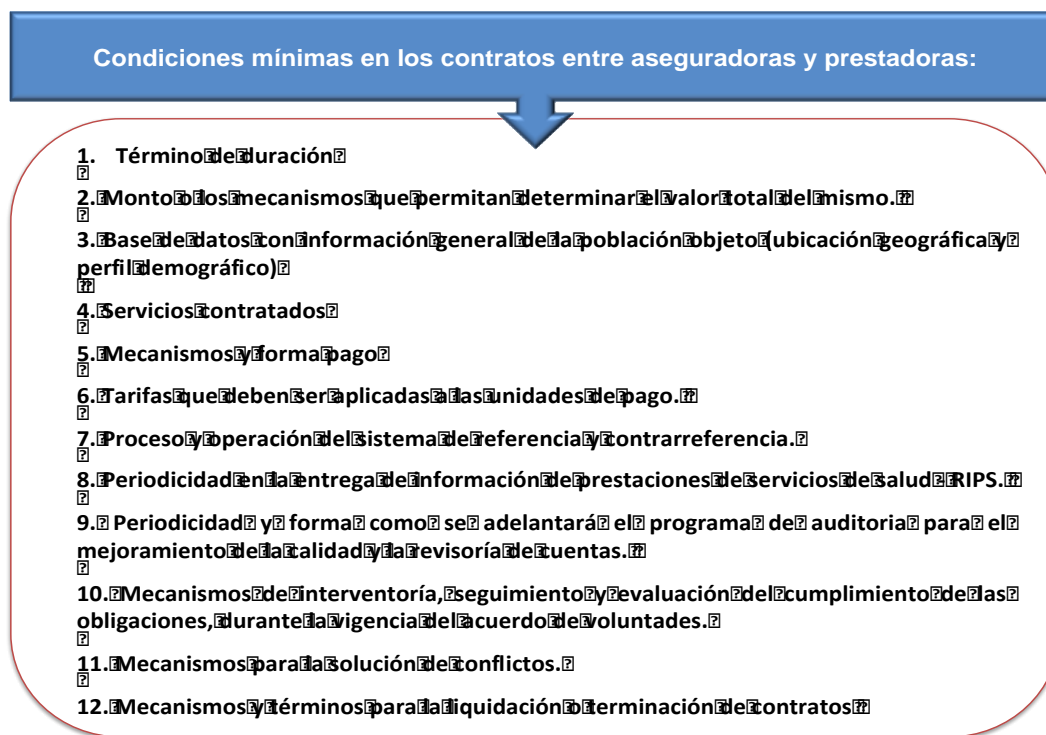
Ahora bien, la normatividad vigente en el SGSSS también plantea los requisitos mínimos que se deben tener en cuenta en los procesos de negociación y suscripción de acuerdos de voluntades para la prestación de servicios de salud (ver Figura 17) así como las condiciones mínimas que deben ser incluidas en los contratos de prestación de servicios independientemente de la modalidad de contratación que se adopte (ver Figura 18).

**Figura 17. Requisitos mínimos para la negociación y suscripción de contratos entre prestadores y aseguradores**



Fuente: Artículo 5º Decreto 4747 de 2007

**Figura 18. Condiciones mínimas acuerdos de voluntades para la prestación de servicios entre EPS/EAPB e IPS/ESE**



Fuente: Artículo 6º Decreto 4747 de 2007

Por su parte y como elemento esencial del presente capítulo, el Decreto 4747 apoya en la definición de los mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud, los que son identificados en la práctica y costumbre del sector salud como mecanismos de contratación en salud, estos son: *Pago por capitación, pago por evento y pago por paquete o conjunto integral de atenciones.*

#### **4.1. CONTRATOS POR CAPITACIÓN**

##### **✓ Definición y características**

El contrato por capitación es un mecanismo mediante el cual la EPS/EAPB acuerda con la IPS/ESE un pago anticipado de una suma fija que se hace por

persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas. El valor total del contrato será el resultado de multiplicar el número de usuarios asignados, por el valor pactado por cada usuario o *per cápita*, por el lapso de duración del contrato.

El contrato de pago por capitación se caracteriza por:

- La fijación de un pago o suma fija por persona que la EPS deben girar de manera anticipada a la IPS
- La liquidación periódica en razón al número de personas incluido en una base de datos por el valor fijo por persona
- La estandarización previa de grupo de grupo de servicios que la IPS debe garantizar a los usuarios asignados al contrato.
- Un tiempo determinado durante el cual la IPS presta los servicios preestablecidos con la EPS

#### ✓ **Condicionantes legales de la contratación**

La Ley 100 de 1993 en su artículo 179 estableció que para garantizar el POS a sus afiliados, las EPS contratarán los servicios de salud con las instituciones prestadoras y los profesionales y que para racionalizar la demanda por servicios, podrán adoptar modalidades de contratación y pago tales como capitación o de presupuesto global fijo. Por ello a través del artículo 6º del Decreto 723 de 1997 el Estado dispuso que dicho contrato debería sujetarse a las siguientes reglas:

- En ningún caso los contratos por capitación podrán implicar el traslado de las responsabilidades que por ley les corresponden a las EPS/EAPB, tales como el control de la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad de los servicios,

y la garantía de libre acceso y escogencia de los afiliados a los distintos prestadores de servicios.

- Las EPS/EAPB no contratarán con IPS servicios que no certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario.
- En el contrato deberá especificarse con toda claridad cuáles son los servicios, programas, metas y coberturas pactadas que conforman el objeto de la capitación.
- La EPS deberá disponer de instrumentos permanentes para atender las quejas y reclamos de los afiliados en el municipio sede del prestador de servicios de salud contratado y en los municipios donde residan los afiliados involucrados en el contrato por capitación, con el fin de garantizar y exigir ante la IPS/ESE la oportuna y adecuada atención. De igual manera las IPS/ESE deberán disponer de un mecanismo de atención al usuario con el mismo propósito.
- Los contratos deberán sujetarse a los criterios de calidad y oportunidad y deberán tener en consideración la facilidad de acceso del afiliado a una IPS. Cuando la oferta y las condiciones de mercado lo permitan, deberá garantizarse un número plural de opciones y como mínimo una opción en el municipio en donde reside el afiliado o en el lugar más cercano.

Posteriormente, con la expedición del Decreto 050 de 1993 a través del cual el gobierno implementa medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos en el régimen subsidiado, se incorpora nuevamente que los convenios por capitación no subrogan la responsabilidad de la EPS de garantizar la adecuada prestación del servicio en su función de aseguramiento, frente al usuario y frente al SGSSS y estableció las siguientes reglas:

- Los terceros contratados para la prestación de servicios deberán ser entidades o personas debidamente habilitadas para cumplir estas funciones conforme a las normas vigentes.
- En la contratación debe señalarse expresamente los servicios que serán prestados en forma directa por el contratista y aquellos que de manera excepcional se prestarán por remisión a terceros.
- Se considera práctica insegura, la contratación que realice una EPS/EAPB con una IPS/ESE para que ésta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios.
- Será solidariamente responsable la EPS/EABP de los incumplimientos en que incurra la entidad que adelantó la subcontratación, cuando haya sido autorizada para el efecto.
- Las EPS/EAPB que realicen contratos de capitación deberán requerir, con la periodicidad que determine el Ministerio de Salud, la información sobre los servicios prestados en cuanto a patologías y frecuencias y se abstendrán de celebrar o renovar contratos con las IPS/ESE que no cumplan lo previsto en materia de información.
- Ninguna EPS podrá contratar por capitación la totalidad de los servicios de más de dos niveles de atención con una misma institución prestadora de servicios de salud.

Por su parte y con el objetivo de evitar las prácticas de intermediación en la prestación de los servicios, el parágrafo único del artículo 6º del Decreto 515 afirma que se entiende prohibida toda clase de práctica que genere mecanismos de intermediación entre aseguradores y prestadores, haciendo referencia a la

contratación que realice una EPS con una IPS o persona natural o jurídica para que esta se encargue a su vez de coordinar la red de prestadores de servicios o de subcontratarla, trasladándole los costos de administración, y reduciendo el pago que por salud debe reconocer a quienes conforman la red de prestadores de servicios de salud de la aseguradora esto, es al prestador primario habilitado.

En relación al pago de los servicios contratados mediante la modalidad de capitación, el artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 en su literal d) determinó que el pago de los servicios debe realizarse mes anticipado en un 100% y facultó al Gobierno para reglamentar la materia.

Continuando con este recorrido, el Decreto 4747 de 2007 que reglamenta la Ley 1122, en su artículo 7º señala las siguientes condiciones mínimas que se deben incluir en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por capitación:

- Base de datos con la identificación de los usuarios cubiertos con el acuerdo de voluntades.
- Perfil epidemiológico de la población objeto del contrato.
- Monto que debe ser pagado por la EPS por cada persona con derecho a ser atendida, en un período determinado, en el marco de los servicios convenidos o pactados con el prestador de servicios.
- Identificación de las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación, de acuerdo con la codificación que establece el Ministerio de Salud y Protección Social.

- Metas de cobertura, resolutivez y oportunidad en la atención, que tengan en cuenta la normatividad vigente.
- Condiciones de ajuste en el precio asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población a cargo de la entidad responsable del pago.
- Condiciones para el reemplazo de personas cubiertas por el contrato, asociadas a las novedades de ingreso o retiro que se presenten en la población asignada (nacimientos, fallecimientos, inclusión beneficiarios, multifiliación, entre otras).
- Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos incluidos en la capitación deben ser prestados o suministrados directamente por el prestador de servicios de salud contratado. Si los servicios contratados son prestados o suministrados por otro prestador, por remisión de la misma IPS o en caso de urgencias, la EPS responsable del afiliado pagará su importe a quien haya prestado el servicio, y podrá previa información descontar del monto del contrato capitado, el valor de la atención que pagó al tercero.
- El mecanismo de pago por capitación no puede generar en ningún caso la transferencia de las obligaciones propias del aseguramiento de las EPS/EAPB a las IPS, tales como la gestión del riesgo financiero o la gestión del riesgo en salud.

Uno de los más recientes esfuerzos normativos que regula la suscripción de los contratos por capitación lo constituye la reforma a la Ley 100 contenida en la Ley 1438 de 2011, la cual en su artículo 52 establece las siguientes reglas a seguir por parte de las IPS/ESE que opten por esta modalidad de contratación:

- Sólo se podrá contratar la prestación de servicios por el mecanismo de pago por capitación para los servicios de baja complejidad, siempre y cuando el prestador y el asegurador reporten con oportunidad y calidad la información de los servicios prestados objeto de la capitación.
- La capitación no libera a las Entidades Promotoras de Salud de su responsabilidad por el servicio ni de la gestión del riesgo.
- La contratación por capitación de las actividades de prevención y promoción, las intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de las enfermedades de interés en salud pública, se deberá hacer con fundamento en indicadores y evaluación de resultados en salud.

Esta misma Ley estableció en su artículo 29 el mecanismo de giro directo, el cual fue reglamentado posteriormente mediante el Decreto 971 de 2011 que indica en su artículo 9 que se girará directamente con cargo a la cuenta maestra de la EPS, los pagos a la red prestadora contratada por la modalidad de pago por capitación con lo que se presume un mejoramiento en flujo de recursos entre estas entidades.

## **4.2. CONTRATOS POR EVENTO**

### **✓ Definición y características**

El contrato por evento es el mecanismo por el cual el cual una EPS/EAPB paga una tarifa determinada al prestador por la realización específica de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante una atención determinada y ligado a un evento en salud o patología específica. La unidad de pago la constituye cada

actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

El contrato por evento tiene las siguientes características:

- Se materializa alrededor de una actividad o paquete de servicios determinados para una persona o grupos de personas.
- El contratista conforme a su certificado de habilitación y a su portafolio de servicios define un listado de eventos de atención que puede brindar.
- Puede estar predeterminado entre la aseguradora y la prestadora un conjunto de precios de los servicios a entregar.
- El precio se establece sobre el costo de los eventos de atención (intervenciones, procedimientos, pruebas y medicamentos), realizados a una persona durante su proceso de atención.
- Normalmente la EPS paga a la IPS de manera retrospectiva, a partir de la factura o cuenta médica que esta última genera por la prestación de servicios efectuadas al paciente.
- La liquidación del valor a pagar está asociada a los servicios efectivamente utilizados por el paciente.
- La EPS puede autorizar la realización de una o varias actividades a diferentes prestadores frente a la atención de un mismo paciente.

- El tiempo de duración del servicio depende del tipo de actividad, procedimiento o intervención requerido del paciente y de la evolución del paciente para responder a los tratamientos realizados.
- Para obtener la atención por parte del prestador del evento contratado, al usuario le son acreditados sus derechos mediante la presentación de la orden o autorización de servicios emitida por su EPS, a diferencia de los servicios capitados en los que sólo basta su inclusión en una base de datos. El requisito de la orden de servicios no aplica para los eventos atendidos a través de los servicios de urgencias en donde la atención debe ser inmediata sin ningún tipo de restricción.
- Supone la no transferencia de riesgo, en atención a que cada parte mantiene su rol mediante la acción de compra y venta del servicio.

✓ **Condicionantes legales de la contratación**

De manera complementaria a las condiciones establecidas para todos los tipos de contratación, el artículo 8º del Decreto 4747 de 2007 establece los aspectos que se deben incorporar en los acuerdos de voluntades para la prestación de servicios mediante el mecanismo de pago por evento,:

- Actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos que deben ser prestados o suministrados por el prestador de servicios de salud, o listado y descripción de diagnósticos, paquetes, conjuntos integrales o grupos relacionados por diagnóstico.
- Tarifas que deben ser aplicadas a las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, o los conjuntos integrales de atenciones, paquetes o grupos relacionados por diagnóstico.

- La identificación y denominación de los procedimientos en salud atender a la Clasificación Única de Procedimientos en Salud -CUPS-.

En cuanto al flujo de recursos para los contratos que se suscriben por la modalidad de evento, el artículo 13 de la Ley 1122 de 2017 indica que las EPS pagarán los servicios a los prestadores como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación y en caso de no presentarse objeción o glosa alguna, el saldo se pagará dentro de los treinta días (30) siguientes a la presentación de la factura.

#### **4.3. CONTRATOS POR PAQUETE O CONJUNTO INTEGRAL DE ATENCIONES**

El contrato por paquete o conjunto integral de atenciones es el mecanismo por el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

A groso modo los contratos por paquete o conjunto integral de atenciones caracteriza por lo siguiente:

- El contrato se construye respecto de la relación entre costo médico y administrativo según diagnóstico o conjunto de intervenciones, pruebas, procedimientos e insumos que están asociados a la resolución de una enfermedad o evento específico.

- El precio se determina sobre el valor promedio del paquete o conjunto integral de atención, analizado desde una serie de tiempo prolongada o a partir de la experiencia de otras instituciones.
- Conforme a los servicios habilitados y experiencia del prestador, se define el listado de intervenciones o diagnósticos que cubrirá la IPS/ESE y el sistema de precios respectivamente.
- El valor acordado por el paquete o conjunto integral, es pagado por la EPS en forma retrospectiva, con base en la demanda efectiva atendida en un periodo acordado.
- Se infiere transferencia parcial del riesgo, en la medida en que la IPS está sujeta al incremento de sus costos de atención respecto al precio promedio acordado.

Los condicionantes legales para la contratación y la reglamentación relacionada con el flujo de recursos por la modalidad de paquete o conjunto integral de atención, son las aplicables para la modalidad de pago por evento descritas en el numeral anterior.

Con todo y lo anterior es pertinente traer a colación la estipulación contenida en el Artículo 53 de la Ley 1438 de 2011 respecto a la prohibición para los agentes del sistema de establecer mecanismos de pago, de contratación de servicios, acuerdos o políticas internas que limiten el acceso al servicio de salud o que restrinjan su continuidad, oportunidad, calidad o que propicien la fragmentación en la atención de los usuarios.

## **5. DEL IMPACTO DE LOS MECANISMOS DE CONTRATACIÓN VIGENTES ENTRE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD -EPS- Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- EN EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD**

En el entendido que las relaciones entre las aseguradoras y prestadoras en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se ven materializadas a través de los diferentes mecanismos o modalidades de contratación que suscriben, se procederá a analizar la dinámica o impacto que estos tienen en el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud.

En relación con esta prerrogativa, no se ven evidenciados como se quisiera los incesantes esfuerzos legislativos, normativos y jurisprudenciales que en el país se han dado, para garantizar el acceso a los servicios de salud a los usuarios del sistema de manera oportuna, eficaz y con calidad y por ende proteger su derecho fundamental a la salud.

En la práctica, los diversos mecanismos de contratación vigentes en el SGSSS tienen un efecto directo en la estructura de costos de las entidades de salud y consecuentemente en la eficiencia y eficacia de sus procesos asistenciales y administrativos, lo que entra a determinar a su vez el nivel del acceso de la población a los servicios, la calidad en la prestación de los mismos y de manera integrada el desempeño del sector.

Así las cosas es pertinente partir del análisis de los ingresos percibidos por las aseguradoras *versus* su estructura de costos. Como se indicó en el aparte sobre financiación del sistema de salud, el Estado determina el valor anual de la UPC para ambos regímenes, así pues, en el año 2015 el valor de la UPC del régimen contributivo fue fijado en la suma de \$629.975 y la del régimen subsidiado en

\$563.591= lo que equivale a un valor fijo mensual por usuario de \$52.498= y \$46.966= respectivamente.

Los ingresos de las EPS por concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC) se deben destinar para gastos de administración máximo el 10%<sup>45</sup> y se deduce entonces que para la atención en salud mínimo en un 90%. Ahora bien respecto a la estructura de los costos de las EPS, se considera mencionar los resultados de un estudio realizado por la Superintendencia Nacional de Salud en 2010 con el propósito de determinar las frecuencias de usos por procedimientos en salud y costos unitarios y totales, basado en los estados financieros reportados por las EPS durante el año 2008<sup>46</sup> en donde se puede apreciar una aproximación a la estructura de costos del aseguramiento para el régimen contributivo (ver Tabla 20) y para el régimen subsidiado (ver Tabla 21).

Teniendo en cuenta que para la elaboración del estudio en comento, la Supersalud recopiló el 68% de la información de los afiliados al régimen contributivo en nueve EPS y el 56% de la información total del costo médico y aproximadamente el 20% de la información del régimen subsidiado, se considera una muestra representativa importante para la estimación de la estructura de costos de las aseguradoras en el SGSSS, advirtiendo claro está que dicha estimación aporta sin lugar a dudas a los objetivos de la presente trabajo, pero no es afirmativa en términos de proyecciones para el sector. Así las cosas, de la información consolidada (ver Tabla 22 y Figura 19) se puede estimar que en el régimen contributivo la mayor carga de atención la genera la prestación de servicios por evento y en el régimen subsidiado los servicios capitados.

---

<sup>45</sup> El artículo 23 de la Ley 1438 de 2011 establece que el Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos y que las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención, así mismo que factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.

<sup>46</sup> COSTO DE LA SALUD [Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=15m4CXWQvkc%3D&tabid=59&mid=1288>] [consultado en abril 7 de 2015]

Tabla 20. Costo médico Régimen Contributivo 2008 (cifra en miles de pesos)

CONCEPTO	VALOR \$	%	VALOR \$	%
<b>Contratos por capita Contributivo</b>			<b>1.834.396.817</b>	<b>23%</b>
Autorizaciones de servicios	34.744.747	2%		
Unidad Funcional de Consulta Externa	883.591.106	48%		
Servicios Cobrados	444.111.309	24%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	172.021.132	9%		
Eventos ocurridos no avisados	130.972.994	7%		
Unidad Funcional de apoyo terapeutico	105.213.888	6%		
Otras reservas	63.741.641	3%		
<b>Contratos por actividad y conjunto de atención integral</b>			<b>5.004.804.517</b>	<b>64%</b>
Unidad funcional de Urgencias	491.923.139	10%		
Unidad Funcional de Consulta Externa	703.118.406	14%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	1.427.586.187	29%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	545.052.562	11%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnostico	352.435.963	7%		
Unidad Funcional de apoyo terapeutico	1.223.075.478	24%		
Unidad Funcional de Mercadeo	261.612.783	5%		
			<b>247.355.583</b>	<b>3%</b>
<b>Promoción y prevención contributivo</b>				
Unidad Funcional de Consulta Externa	201.755.484	82%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	4.444.229	2%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	6.176.374	2%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnostico	13.033.165	5%		
Unidad Funcional de apoyo terapeutico	11.076.340	4%		
Unidad Funcional de Mercadeo	10.869.991	4%		
			<b>707.812.783</b>	<b>9%</b>
<b>Costo enfermedades de alto costo y catastroficas</b>				
Unidad Funcional de Consulta Externa	24.447.384	3%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	246.755.792	35%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	133.079.867	19%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnostico	16.514.755	2%		
Unidad Funcional de apoyo terapeutico	187.282.205	26%		
Unidad Funcional de Mercadeo	99.732.779	14%		
			<b>17.290.062</b>	<b>0%</b>
<b>Incapacidades contributivo</b>				
Unidad Funcional de Consulta Externa	17.021.869	98%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	1	0%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	-	0%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnostico	-	0%		
Unidad Funcional de apoyo terapeutico	-	0%		
Unidad Funcional de Mercadeo	268.192	2%		
<b>TOTAL COSTO</b>			<b>7.811.659.762</b>	

Fuente: Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 2

**Tabla 21. Costo médico régimen subsidiado 2008 (cifra en miles de pesos)**

CONCEPTO	VALOR \$	%	VALOR \$	%
<b>Contratos de capitacion - subsidiado</b>			<b>1.535.174.753</b>	<b>44%</b>
Unidad Funcional de Consulta Externa	747.374.516	49%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	203.939.394	13%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	45.347.803	3%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnóstico	244.201.877	16%		
Unidad Funcional de apoyo terapéutico	237.519.102	15%		
Unidad Funcional de Mercadeo	56.792.061	4%		
<b>Contratos por evento - subsidiado</b>			<b>757.494.753</b>	<b>22%</b>
Unidad Funcional de Consulta Externa	156.612.386	21%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	158.139.905	21%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	195.371.057	26%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnóstico	68.858.483	9%		
Unidad Funcional de apoyo terapéutico	132.830.780	18%		
Unidad Funcional de Mercadeo	45.682.142	6%		
<b>Promoción y prevención - subsidiado</b>			<b>353.854.864</b>	<b>10%</b>
Unidad Funcional de Consulta Externa	263.822.838	75%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	11.718.389	3%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	23.875.128	7%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnóstico	19.959.122	6%		
Unidad Funcional de apoyo terapéutico	32.428.464	9%		
Unidad Funcional de Mercadeo	2.050.923	1%		
<b>Costo enfermedades de alto costo y catastróficas</b>			<b>804.220.077</b>	<b>23%</b>
Unidad Funcional de Consulta Externa	93.562.653	12%		
Unidad Funcional de Hospitalización e internación	320.641.919	40%		
Unidad Funcional de Quirofanos y salas de parto	120.737.230	15%		
Unidad Funcional de Apoyo diagnóstico	28.841.765	4%		
Unidad Funcional de apoyo terapéutico	212.625.813	26%		
Unidad Funcional de Mercadeo	27.810.697	3%		
<b>TOTAL COSTO</b>			<b>3.450.744.447</b>	

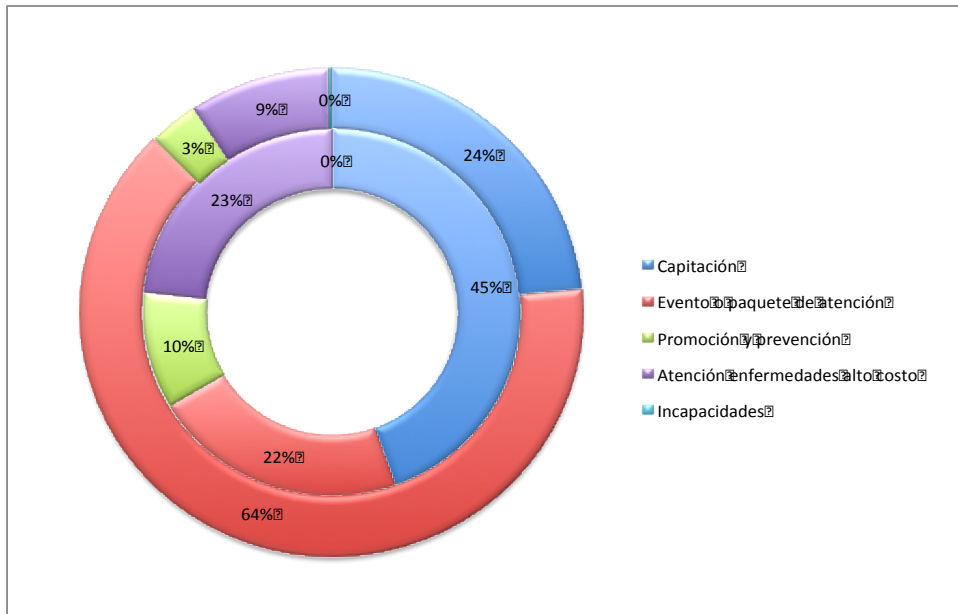
Fuente: Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 13

**Tabla 22. Estimación Estructura Costos Aseguramiento 2008 (cifras en miles de pesos)**

Tipo de contratación de servicio	Régimen Contributivo		Régimen Subsidiado		Promedio	
	Valor	Part%	Valor	Part%	Valor	Part%
Capitación	1,834,396,817	23.5%	1,535,174,753	44.5%	1,369,571,570	29.9%
Evento de paquete de atención	5,004,804,517	64.1%	757,494,753	22.0%	5,762,299,270	51.2%
Promoción y prevención	247,355,583	3.2%	353,854,864	10.3%	501,210,447	5.3%
Atención enfermedades de alto costo	707,812,783	9.1%	804,220,077	23.3%	1,512,032,860	13.4%
Incapacidades	17,290,062	0.2%		0.0%	17,290,062	0.2%
<b>Totales</b>	<b>7,811,659,762</b>	<b>100.0%</b>	<b>3,450,744,447</b>	<b>100%</b>	<b>11,262,404,209</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Información consolidada por la autora de Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 2, p 13.

**Figura 19. Participación costo médico por tipo de contrato en el SGSSS, 2008**



Fuente: Información consolidada por la autora de Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 2, p 13.

Ahora bien, partiendo de que los porcentajes por servicio dentro de la estructura del costo médico del régimen subsidiado se consolidaron de la información generada por la Supersalud en 2008, año para el cual el plan de beneficios del régimen subsidiado no había sido equiparado con el del régimen contributivo, para los análisis que siguen a continuación se va a tener en cuenta la estructura de costos del régimen contributivo para ambos regímenes, pues a 2015 ya se encuentra unificado el plan de beneficios para los dos regímenes, así mismo para las proyecciones de los montos por servicio se tendrá en cuenta el valor de la UPC fijada para el 2015. Así las cosas, llevados los porcentajes de participación estimados anteriormente, al valor de la Unidad de Pago por Capitación, después de descontado el 10% que se destina para gastos de administración y el 0.2% para pago de incapacidades (Ver Tabla 23), se tiene que una EPS cuenta con un disponible para la atención mensual de cada usuario equivalente a \$47.132= si es del régimen contributivo y a \$42.269= si es del régimen subsidiado.

**Tabla 23. Aplicación de estructura de costos al valor de la UPC 2015**

Variable		Part%	Régimen Contributivo		Régimen Subsidiado	
Estructura UPC		%	Año	Mes	Año	Mes
<b>Valor UPC 2015</b>		<b>100%</b>	<b>\$ 29,975</b>	<b>\$ 2,498</b>	<b>\$ 63,591</b>	<b>\$ 6,966</b>
Gastos de Administración		10%	\$ 2,997	\$ 250	\$ 6,359	\$ 697
Presupuesto para Costo Médico		90%	\$ 65,583	\$ 7,132	\$ 57,232	\$ 2,269
Incapacidades		0.2%	\$ 1,394	\$ 16		
Estructura Costo Médico		%	Año	Mes	Año	Mes
Capitación		23.5%	\$ 33,109	\$ 1,092	\$ 19,376	\$ 948
Evento de Paquete		64.2%	\$ 63,164	\$ 2,264	\$ 25,696	\$ 7,141
Promoción y Prevención		3.2%	\$ 7,949	\$ 496	\$ 6,097	\$ 341
Alto Costo		9.1%	\$ 5,361	\$ 280	\$ 6,062	\$ 839
<b>Total Costo Médico (90%)</b>		<b>100.0%</b>	<b>\$ 65,583</b>	<b>\$ 7,132</b>	<b>\$ 57,232</b>	<b>\$ 2,269</b>

Fuente: Información consolidada por la autora de Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 2, p 13.

Con fundamento en la estructura de los servicios de salud y en la normativa expuesta sobre contratación entre aseguradores y prestadores, se podría deducir que una EPS dispone de los siguientes valores para llevar a cabo la contratación con su red de servicios:

- Para la contratación de servicios de baja complejidad, que corresponde a lo que por Ley se pueden capitalar, esto es, los servicios básicos de Promoción y Prevención, Medicina General, Odontología General, Paramédicas, Laboratorio Clínico Básico, suministro de medicamentos esenciales, dispone de manera mensual en el régimen contributivo hasta de \$11.092= y en el régimen subsidiado hasta de \$9.948=.
- Para la contratación de servicios de mediana complejidad, dentro de los que se cuenta la atención médica y quirúrgica especializada, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico de II y III Nivel, internación u hospitalización en entidades de mediana y alta complejidad, suministro de medicamentos

derivados de estas atenciones, entre otros; dispone de manera mensual en el régimen contributivo hasta de \$30.264= y en el régimen subsidiado hasta de \$27.941=.

- Para la contratación de servicios de alto costo, esto es, para la atención de pacientes diagnosticados con cáncer, VIH Sida, insuficiencia renal, internados en unidad de cuidados intensivos o en unidad de quemados o que requieran trasplantes de huesos y órganos o cirugías cardíacas o para el tratamiento de enfermedades congénitas, entre otras; una EPS se proyecta dispone de un valor aproximado al mes de \$4.280= por cada afiliado al régimen contributivo y de \$3.839= por cada afiliado al régimen subsidiado.

Con base en este escenario se podría establecer que los recursos con los que cuentan las EPS para contratar la prestación de los servicios del POS con las IPS son relativamente bajos si se compara con los costos unitarios promedio que se manejan para las actividades, procedimientos e intervenciones en salud o con los costos promedios ponderados agrupados por servicio y que también fueron calculados en alguna medida en el informe emitido por la Superintendencia (Ver Tabla 24 y 25)

**Tabla 24. Costo unitario promedio de algunos procedimientos en salud 2008**

CUPS	PROCEDIMIENTO	COMPENSAR (\$)	COOMEVA (\$)	Demás EPS, (\$)	
				Mínimo	Máximo
116	Trasplante de cornea	2.334.666	1.412.416	642.200	1.324.957
147	Procedimientos en cuerpo vitreo	2.761.592	2.982.155	859.541	2.384.173
161	Extracción de cuerpo extraño penetrante	-	1.212.709	335.963	736.872
168	Reparación de lesión de globo y orbita	2.074.367	6.661.887	602.074	1.043.208
191	Estapedectomía	1.659.521	9.151.858	891.967	1.252.191
204	Mastoidectomía	1.142.521	2.864.982	719.774	1.043.927
375	Trasplante de corazón	59.971.133	46.991.448	3.500.362	13.598.724
770	Secuestrectomía, drenaje, desbridamiento	2.934.389	2.951.912	352.176	1.758.040
772	Osteotomía	2.452.294	2.133.241	425.350	1.613.256
805	Escisión o ablación de disco intervertebral	4.133.915	4.520.454	968.466	2.002.542

Fuente: Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 7

**Tabla 25. Costo unitario ponderado para cada procedimiento agrupado 2008**

COD	CONCEPTO	COSTO UNITARIO PONDERADO
CVA	Procedimientos en el sistema cardiovascular	1.000.725
SNE	Procedimientos en el sistema nervioso	876.709
OSM	Procedimientos en el sistema osteomuscular	725.503
SHO	Servicios Hospitalarios	626.386
TRX	Procedimientos en el aparato respiratorio	616.364
ABD	Procedimientos en el aparato digestivo	592.074
OBS	Procedimientos en Obstetricia	497.187
URO	Procedimientos en Urología	471.749
MXF	Procedimientos maxilo faciales	380.830
GIN	Procedimientos en Ginecología	299.806
NULL	Procedimientos no clasificados	218.116
OTR	Otros Procedimientos	182.971
ORS	Procedimientos en los órganos de los sentidos	165.540
SEX	Servicios Externos	25.309
PAR	Exámenes Paraclínicos	24.275
ODO	Procedimientos en Odontología	24.212

Fuente: Informe costo servicios en salud 2008, Superintendencia Nacional de Salud, p 8

A modo de ejemplo, tomando como base un procedimiento de alto costo como lo es, el trasplante de corazón y promediando entre la tarifa mínima (\$3.500.362=) y máxima (\$13.598.724=) identificadas por la Supersalud en su informe, se tiene que el costo promedio de ese procedimiento para el 2008 fue de \$8.549.543=, adicionándosele un incremento del 18,9% equivalente a las variaciones del IPC de diciembre 2008 a enero 2015<sup>47</sup>, el procedimiento al presente año podría costar en promedio \$10.165.407; ahora, teniendo en cuenta que la EPS tiene disponible para cubrir las atenciones de alto costo un valor mensual de \$4.280= por usuario, se puede deducir que la sola realización de ese procedimiento, consume la UPC de alto costo de aproximadamente 2.375 usuarios.

<sup>47</sup> IPC [Disponible en: [http://obiee.banrep.gov.co/analytics/saw.dll?Go&\\_scid=We6ffiDNymM](http://obiee.banrep.gov.co/analytics/saw.dll?Go&_scid=We6ffiDNymM)] [consultado en abril 9 de 2015]

Aunado a lo anterior se encuentra que los incrementos que el gobierno hace al valor de la UPC (de manera regular por la variación año a año o de manera eventual cuando se ajusta por la incorporación de nuevos servicios al POS) no se hacen precisamente en consideración a las variaciones en el perfil epidemiológico de la población, o al incremento de las tarifas del mercado o a las variaciones en los costos de atención por la inclusión de nuevas tecnologías, etc., sino a otros criterios que consultan el equilibrio financiero y proyecciones de sostenibilidad del sistema pero más enfocados hacia el cumplimiento por parte del Gobierno del reto de universalizar la afiliación que hacia la prestación de los servicios, pues en últimas esta función independientemente de si la UPC es suficiente o no debe ser garantizada por las EPS e IPS en el marco de la competencia regulada. Por otra parte la estructura del aseguramiento también se ve altamente afectada por la prestación de servicios NO POS que las EPS son obligadas a financiar derivados de decisiones CTC o de fallos de utelas y que si bien son recobrables al FOSYGA o a los entes territoriales según el caso, sus transacciones implican altos costos financieros, utilizar provisionalmente los recursos en funciones que no les son propias y al final no ser reembolsados al 100% por las glosas que de ellos se derivan y que se deben asumir.

Los análisis hasta aquí señalados permiten establecer en algún grado la insuficiencia de la UPC para cubrir los servicios del POS, las nuevas tecnologías en salud y los riesgos asociados al estado de salud de la población, de lo que se concluye el alto riesgo financiero que deben asumir los aseguradores en el SGSSS.

Para prevenir y mitigar el riesgo financiero se pueden identificar en el mercado algunas prácticas desarrolladas por las EPS, que en relación con el objeto de investigación, se traen a colación por el impacto que directa o indirectamente tienen en el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud, dentro de estas se tienen:

- Incrementar el número de usuarios afiliados pues a mayor población mayor es la probabilidad de diluir los riesgos del aseguramiento; pero en el escenario ideal para las EPS que es el de afiliar población relativamente sana, se puede ver limitado el acceso a los servicios de salud de las personas cuando en ejercicio del principio de libre escogencia del sistema, optan por afiliarse a una EPS y esta dilata o evade su afiliación al identificar a través de los mecanismos de captura de información que utiliza, que el potencial afiliado padece ciertas enfermedades o tiene factores de riesgo para adquirirlas, práctica de selección adversa que se considera ilegal pero que es aplicada por las EPS a través de la gestión de sus equipos comerciales.
- Aplicar medidas de contención para disminuir el costo médico derivado de las atenciones que son directamente autorizadas por las EPS, tales como: negaciones de servicios POS por falta de pertinencia médica, exigencia de requisitos o soportes injustificados a los usuarios para aprobar las ordenes médicas requeridas, dilaciones en la entrega de autorizaciones por evento cuando estas ya han sido aprobadas, establecimiento de sistema de entrega de fichos o turnos para la autorización de servicios, sujeción a días o términos específicos para la autorización de determinados servicios. Estas prácticas en muchas ocasiones también son adoptadas por las IPS en los contratos por capitación para racionalizar el consumo de los servicios incluidos en el paquete contratado. Este tipo de prácticas son muy frecuentes en el sector y afectan en gran medida el acceso de la población a los servicios dado que implican colocación de barreras y obstáculos para que los usuarios los utilicen.
- Reducir los costos de atención vía disminución progresiva de las tarifas con los prestadores: es evidente que muchas EPS aplican y las IPS lo consienten, lo que bien podría llamarse “subasta a la baja” en donde la EPS ofrece pagar ciertos servicios a determinados precios, la IPS los acepta y posteriormente se

negocia con la misma o con otra prestadora un precio inferior, con la advertencia para la que se encuentra adscrita a la red de terminar el contrato, retirarle población o servicios contratados si no disminuye tarifas, y generando expectativa en la nueva IPS de vincularla a la red de servicios. Si se tiene en cuenta que *per se* las tarifas promedio que se manejan en el sector resultan razonables, este tipo de prácticas basadas sólo en decisiones económicas, conlleva indiscutiblemente a que las IPS para no ver afectada su rentabilidad, deba en el mejor de los casos aumentar su productividad o eficiencia o en el peor escenario disminuir sus costos operacionales y gastos administrativos lo que podría traer como consecuencia una desmejora relativa en los procesos de atención y con ello impactarse el acceso a los servicios con criterio de seguridad, calidad y oportunidad.

- La Ley establece la prohibición de trasladar el riesgo del aseguramiento al prestador, lo cual en la práctica no se acata a cabalidad, pues las EPS siguen delegando de manera implícita en el prestador funciones que le son propias, especialmente a través de los contratos por capitación. Si bien la capitación es uno de los mecanismos que mayores bondades pudiera significar para el sistema dado que incentiva la prevención más que la curación y la racionalidad técnica científica del médico tratante, es decir, motiva a que el usuario permanezca saludable y no enfermo; requiere por parte del asegurador el suministro de información sobre la población capitada de manera que la IPS pueda gestionar de manera más eficaz los riesgos en salud de la población que le fue asignada. Pese a que el decreto 4747 de 2007 estableció como requisito para la suscripción de los contratos por capitación el suministro del perfil epidemiológico por parte de la aseguradora, este no es entregado en muchos casos por las EPS o los suministran con información, incompleta, imprecisa o deficiente o en su defecto lo que copian al prestador es únicamente la base de datos de la población a capitalar con datos demográficos de los usuarios; a través de la lectura y análisis de un completo perfil

epidemiológico la IPS estaría en capacidad de establecer cuáles son las frecuencias de uso y los factores de riesgo de la población que le ha sido asignada y con fundamento en ello establecer planes de prevención y gestión del riesgo para mejorar los indicadores de salud de los usuarios capitados, que es la razón de ser de esta modalidad de contratación, con lo que se genera un traslado de riesgo técnico del asegurador al prestador. No obstante, es pertinente indicar que una de las fuentes de información sobre las cuales el asegurador construye el perfil epidemiológico de su población afiliada, la constituye los Registros Individuales de Prestación de Servicios -RIPS- que por norma (Resolución 3374 de 2000) le corresponde a los prestadores diligenciar por cada una de las actividades, procedimientos e intervenciones que realiza independientemente de la modalidad de contrato que se adopte. Es conocido que el sistema de salud carece de información que le permita realizar estudios actuariales en cualquier sentido, si las IPS/ESE cumplieren a cabalidad con esta obligación contractual, el escenario sería diferente y se podría contar fuentes de información para fundamentar la toma de decisiones y para gestionar los riesgos financieros y de salud que abordan el sistema.

- En cuanto a la variable de paquete de servicios incorporados en los contratos de capitación también se presentan inconvenientes cuando en los contratos no se determina claramente el listado de las actividades, procedimientos e intervenciones incluidas, esto afecta el indicador de oportunidad en el acceso a los servicios por parte de los usuarios, dado que se dan situaciones en las que al afiliado le son ordenados procedimientos por parte de su médico tratante y en búsqueda de su autorización acude en primera instancia a las IPS y si el prestador no tiene claro si el servicio está capitado o no, lo referirá a la EPS para que esta se lo autorice y empieza un vaivén para el usuario que afecta su derecho de que le sean prestados los servicios cuando efectivamente los requiere.

- Otra práctica que se presenta con perjuicio a la reglamentación que la prohíbe, es la intermediación en la atención y se da cuando la EPS contrata determinada actividad, paquete o conjunto de servicios con una IPS y esta no la presta directamente sino que acude a un segundo prestador para garantizarla, a pesar de tenerlo habilitado dentro de su portafolio, pero que quizá al momento de ser requerido por el usuario el servicio no se encontraba en funcionamiento o carecía de los recursos para prestarlo (se presume que las EPS solo refieren los servicios a quién los tenga habilitados conforme a las normas vigentes), situación que tiene graves implicaciones pues si durante la atención se presenta un evento adverso en la salud del usuario, la responsabilidad estaría vinculada a un tercero que no hace parte de la relación contractual, así mismo ni EPS, ni usuario tienen certeza de la idoneidad del prestador que atendió lo que pueda traer a su vez implicaciones en la garantía y protección del derecho a la salud de quien recibe la atención y en la seguridad en el acceso a los servicios.
- Frente al condicionante legal de que las EPS no contratarán con IPS servicios que no certifiquen su capacidad real de resolución en la que se haga siempre efectiva la oportunidad y calidad de la atención brindada al usuario, en las áreas rurales o distantes a la periferia urbana, esto resulta siendo una utopía por cuanto la infraestructura presente en esas zonas es muy rudimentaria, dándose casos extremos en los que sólo hay un prestador habilitado y de naturaleza pública normalmente, y la posibilidad de exigirle niveles óptimos de calidad en el acceso a los servicios se constituye en un canto a la bandera por la posición de único proveedor en la zona y carente de recursos, aquí impacta el hecho de que no se considera rentable para las entidades de salud invertir sus recursos tecnológicos y humanos en zonas distantes y con baja población, en donde los ingresos no compensan grandes inversiones, lo que impacta obviamente el acceso a la salud de las poblaciones ubicadas en estas zonas. En cuanto a la capacidad resolutoria de las IPS o profesionales que operan en

grandes y medianas ciudades, esta depende de que cuente o no con recursos físicos y humanos calificados para diagnosticar y tratar la salud de las personas, lo que depende a su vez del nivel y tipo de flujo de ingresos que tenga para mantener al día el pago con su personal médico y proveedores y de las utilidades que genere para poder realizar inversiones, en otras palabras el nivel de suficiencia patrimonial que tenga una IPS condiciona su capacidad resolutiva frente a los requerimientos del paciente.

- Un aspecto que tiene alta injerencia en el nivel de acceso a los servicios que se ofrece a la población es la liquidez financiera que tengan los aseguradores y prestadores, el cual está dado en relación con el nivel y oportunidad en que perciba sus ingresos. A pesar de los inminentes esfuerzos que el Gobierno ha realizado para mejorar el flujo de recursos en el sistema, los niveles de cartera que se manejan son demasiado altos, las EPS no cumplen con los tiempos establecidos por la Ley para el pago de los servicios a sus prestadores, por otra parte, para dilatarlos acuden de manera ácida al mecanismo de las glosas con lo que se incrementan aún más los tiempos para las transferencias de recursos a las IPS, situación que perjudica la liquidez del prestador y que lo obligan a tomar medidas de restricción de servicios, demora en los pagos a los médicos y demás profesionales, etc., con perjuicio obviamente a los estándares de calidad de la atención y al nivel de acceso en los servicios.

Desde una óptica muy neutral se puede advertir que en los procesos contractuales vigentes en el SGSSS tanto aseguradoras como prestadoras incurrir en una serie de prácticas o implementación de medidas para salvaguardar sus intereses económicos y su permanencia en el sistema, con perjuicio a los niveles de calidad, disponibilidad y accesibilidad en la atención que prestan a sus afiliados y beneficiarios; en efecto se aprecia que las EPS/EAPB trasladan riesgos del aseguramiento a las IPS/ESE y que estas últimas no cumplen o no garantizan de manera adecuada los estándares normativos establecidos por el Sistema

Obligatorio de Garantía de la Calidad, con lo que, sin lugar a dudas, se afecta el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, condiciones necesarias para la preservación del derecho fundamental a la salud.

## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Partiendo del concepto integral del derecho humano fundamental a la salud, se formularon los elementos para su materialización, con base en un análisis histórico interdisciplinar de los conceptos de salud y derecho a la salud, analizados a la luz de los principales instrumentos de derecho internacional público sobre la materia y desde el sistema jurídico y político colombiano, que permiten reafirmar que el derecho a la salud es un derecho fundamental, inherente a la persona, autónomo, inalienable, irrevocable e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo y que comprende a su vez el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad como medio para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.

El Sistema General de Seguridad en Salud se erigió como un modelo integral basado en un esquema de competencia estructurada en donde las funciones tradicionales de financiamiento y prestación de servicios son adicionadas con las de modulación y articulación, el cual permite a instituciones tanto públicas como privadas administrar y prestar el servicio de salud; desde sus inicios su principal propósito fue lograr el aseguramiento universal como medio para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, reto que hoy en día alcanza un indicador del 96% a costa de muchas dificultades en su consecución en especial en materia de sostenibilidad financiera para todos sus agentes, pero que no obstante, no ha significado el acceso efectivo de la población a los servicios.

En virtud del modelo económico de libertad de empresa y libre competencia que incorporó el Legislador al sistema de salud colombiano y de las responsabilidades que les fueron otorgadas, las aseguradoras y prestadoras suscriben acuerdos de voluntades bajo diferentes modalidades (capitación, evento, paquetes o conjuntos

integrales de atención) con los que además de cumplir sus funciones buscan generar rentabilidad; sin embargo, en materia de servicios de salud quedó evidenciado que los negocios o contratos son muy sensibles financieramente por los riesgos que se manejan y porque la gestión frente a los mismos no depende sólo de la capacidad y resolutivez de los agentes que los administran sino de externalidades dentro de las que se encuentran las de tipo jurídico económico (competencia regulada, insuficiencia de la UPC, flujo de recursos dentro del sistema), las de tipo socio demográfico (ubicación geográfica, composición étnica, densidad familiar) y las de tipo epidemiológico (genética, factores de riesgo en salud, morbilidad y mortalidad de la población), aspectos que han desencadenado en el desequilibrio financiero para aseguradoras o prestadoras el cual intentan prevenir o mitigar implementando acciones o prácticas que van en contravía de los niveles de acceso y calidad en la prestación de los servicios.

Los bajos niveles de la calidad en la atención y las negaciones o dificultades de acceso efectivo a los servicios de salud no sólo se constituyen en un incumplimiento a la responsabilidades que en virtud de la Ley o del contrato se obligan las EPS e IPS, sino que trascienden a ámbitos más sensibles como lo son la salud, el bienestar y la vida misma de las personas; por lo que los pacientes se ven abocados a obtener la garantía material de su derecho a la salud y a la seguridad social por la vía de las acciones judiciales, y en ese sentido también se concluye una violación flagrante por parte de estas entidades a las normas constitucionales.

De otra parte y sin querer concluir que es más o menos importante garantizar el acceso a los servicios a una persona enferma que a una sana, lo que si es claro es que los pacientes que padecen patologías crónicas o de alto costo, son los más afectados, pues en muchas situaciones sus vidas dependen de la oportunidad y calidad con que sean atendidos y les sean suministrados sus tratamientos y como estos eventos son los que generan más gastos en las entidades resulta muy

común que se traten de limitar, represar y hasta negar; en este sentido resulta urgente y vital que de manera integral el Estado, las EPS y las IPS tomen medidas contundentes al respecto; y en tono optimista, no sólo desde las consecuencias (la atención, la enfermedad y el tratamiento) sino desde la prevención (promoción de la salud, detección temprana de la enfermedad y protección específica frente a las mismas), con lo que de seguro se contribuiría también a mejorar el equilibrio financiero de las entidades al reducirse los costos de atención por estas causas.

En relación con lo anterior, es para todos reconocida la importancia que en la actualidad tienen los modelos con enfoque en la atención primaria, como estrategia para mejorar las condiciones de salud de una población dada, pero también se sabe que el desarrollo del modelo desde ya enfrenta barreras y limitantes importantes frente a la realidad operativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-, entre las cuales se pueden mencionar:

- El modelo de aseguramiento del SGSSS que si bien orienta a un modelo de tipo preventivo, ha dispersado las responsabilidades de promoción y prevención en diferentes actores del Sistema.
- Limitado incremento de los recursos y escasez de los mismos.
- Desarticulación de las acciones e intervenciones, lo cual somete al afiliado a recibir atenciones fraccionadas que no impactan y que le implican duplicación, entre otros aspectos, de desplazamientos.
- Concomitante con lo anterior, la ausencia de información sobre las acciones de promoción y prevención a cargo de las entidades territoriales y la retroalimentación para el reforzamiento de conductas y reorientación de acciones.
- Valorización de modelos netamente curativos que minimizan el rol del “Primer Nivel de Atención”.
- Problemas de orden público en todas las regiones del país que reducen, de manera significativa, las acciones extramurales.

- Formación del recurso humano con orientación hacia modelos curativos y falta de incentivos para el quehacer en la promoción y prevención.
- Falta de tecnología informática y recursos que limitan la consolidación y análisis de la información proveniente de los usuarios y prestadores.
- Población dispersa de afiliados que dificulta el trabajo de campo.

En concordancia con lo hasta aquí señalado se presentan a consideración algunas recomendaciones que pretenden contribuir a la equidad en las relaciones entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y consecuentemente al mejoramiento en el acceso de la población a los servicios como elemento fundamental del derecho a la salud:

- Para la fijación y ajustes a la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, el Estado, representado por el Ministerio de Salud y Protección Social, debe adoptar mecanismos que garanticen que la toma de decisiones en torno a este aspecto se haga en consideración a todas las variables que afectan al sistema tales como las condiciones socio demográficas y el perfil epidemiológico de la población, las frecuencias de uso de los servicios y la estructura de costos de las entidades, las proyecciones macroeconómicas del sistema, los manuales tarifarios vigentes para el sector y los estudios actuariales de los diferentes gremios.
- El gobierno nacional debe agilizar y fortalecer la figura de desconcentración en el ejercicio de las funciones que otorgó a la Superintendencia Nacional de Salud de manera que sea más eficaz y accesible su accionar, no sólo desde la vigilancia, control y seguimiento que *per se* debe hacer a los agentes del sistema, sino también desde su potestad jurisdiccional en los conflictos que se suscitan entre las aseguradoras y prestadoras y entre estas y los usuarios del sistema.

- Se considera pertinente que el Ministerio de Salud y Protección Social diseñe planes de indicadores e incentivos para las entidades en consideración a la gestión del riesgo en salud que realicen, al cumplimiento frente a los estándares del sistema obligatorio de garantía de la calidad y a los resultados de estudios de percepción de los usuarios frente a la atención que prestan.
- La función regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social debe avanzar hacia el establecimiento de un sistema de tarifas con fundamento en el comportamiento de los agentes y las condiciones del mercado, de manera que no se propicien espacios para prácticas como subasta a la baja o intermediación de servicios.
- Respecto a los acuerdos de voluntades que se suscriben entre aseguradoras y prestadoras, independientemente de la modalidad que se adopte, lo que se debe garantizar es que las partes cumplan a cabalidad con sus obligaciones y sus clausulados no se conviertan en un canto a la bandera, están dados los mecanismos regulatorios para todas las fases del proceso, no obstante se hace necesario una mayor intervención por parte de los entes de vigilancia y control para evitar el abuso de la posición dominante por parte de las EPS y la deficiencia en los procesos de atención en las IPS y sobre todo para que se garantice mayor oportunidad en el flujo de recursos hacia las entidades.
- Los jueces de tutela en sus decisiones deben acudir a una sana lógica y búsqueda de equilibrio entre las pretensiones de los accionantes y la finitud de los recursos de la salud, pues en muchas ocasiones las entidades son conminadas a asumir la prestación de servicios no pertinentes o frente a los que no son responsables.
- Los elevados costos de intervención en salud asociados a patologías prevenibles debe motivar tanto a aseguradores como prestadores a

reestructurar sus modelos de atención de tal manera que se pueda evolucionar de un esquema intervencionista a un esquema preventivo, lo que implica a su vez se deben destinar mayores recursos para desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

## BIBLIOGRAFIA

ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS [Disponible en: <http://www.cidh.org/privadas/principiosdeetica.htm>] [consultado enero 26 de 2015]

AYALA J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la República – Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER). Cartagena, Colombia.

CIRCULAR EXTERNA UNICA SUPERSALUD: Circular única consolidada con modificaciones de las Circulares Externas: 049, 050, 051 y 052 de 2008, 057 y 058 de 2009, 059, 060, 061 y 062 de 2010.

COBERTURAS 1997 – 2001 [Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/APAGO%20Y%20RECAUDO.pdf>] [Consultado Febrero de 2015]

COBERTURAS 2002 – 2011 [Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Histórico%20Cobertura%20Afiliación%20Salud%202002%20-2011.pdf>] [Consultado en Febrero de 2015]

COBERTURA 2014 [Disponible en: [http://www.sispro.gov.co/\\_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/Construya%20su%20Consulta/AseguramientoPowerPivot\\_Ampliado.xlsx](http://www.sispro.gov.co/_layouts/15/xlviewer.aspx?id=/Construya%20su%20Consulta/AseguramientoPowerPivot_Ampliado.xlsx)] [Consultado Febrero de 2015]

COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T-1087 de 2007. Accesibilidad al derecho a la salud. Caso en que este elemento se ve vulnerado por negativa de la EPS y ARS demandada para brindar cuidados paliativos.

COLOMBIA. Corte Constitucional. *Sentencia T-760 de 2008. Acciones de tutela instauradas por Luz Mary Osorio Palacio contra Colpatria EPS; Marlene Betancourt Mosquera contra SaludCoop EPS; Máximo Daniel Cuello Urzola contra el Seguro Social EPS, Seccional Cesar; Angélica María Rojas Castrillón contra Famisanar EPS; Cristina Lopera Grajales contra Comfenalco EPS; Mariela del Socorro Castilla Fernández contra la Clínica Cardiovascular Jesús de Nazareth y el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS; María Diva Almonacid de Martínez contra Colmédica EPS; Nasly Sánchez Zapatero, Personera Distrital Delegada en Derechos Humanos en Cartagena, contra el Departamento Administrativo Distrital de Salud, DADIS; Olga Patricia Palacio Villa contra ECOOPSOS, Entidad Cooperativa Solidaria de Salud; Mario Reyes Acevedo contra la Secretaría de Salud del Departamento del Cesar; Jairo Eduardo Yepes Pérez contra el Seguro Social EPS y Coomeva EPS; y Sanitas EPS contra la Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura y contra el Ministerio de la Protección Social; Carlos Cortes Cortes contra Coomeva EPS; Carmen Raquel Betancourt de Villalobos contra Saludcoop EPS; Elvia Sánchez de Alonso contra Sanitas EPS; Enrieta Dolores Rodríguez Martes contra Saludcoop EPS; Alba Isabel Pinto de Monroy contra Saludcoop EPS; Alfonso Carmelo Villamil Fernández contra Salud total EPS; Enrique del Carmen Martínez Muñoz contra Saludcoop EPS; Mery Restrepo de Zuluaga contra Cafesalud EPS; Rosario Hincapié Salazar contra Saludvida EPS. Referencia: Expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326. (Corte Constitucional Colombia 31 de Julio de 2008).*

COLOMBIA. Corte Constitucional. *Sentencia C-197 de 2012. Demanda de inconstitucionalidad contra el artículo 52.1 de la ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.”*

COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T-234 de 2013. Derecho de acceso al servicio de Salud.

COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T-234 de 2013. Derecho de acceso al servicio de Salud.

COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T-501 de 2013. Garantía de accesibilidad económica en salud y principio de gastos soportables.

COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia C-313 de 2014 o de Ley Estatutaria de la Salud.

COMITÉ DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LA ONU [Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom6.html>] [consultado enero 26 de 2015]

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD [Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>] [consultado enero 26 de 2015]

CONFERENCIA MUNDIAL DE LOS DERECHOS HUMANOS [Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA\\_booklet\\_Spanish.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf) ] [consultado enero 30 de 2015]

CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS [Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_b-32\\_convencion\\_americana\\_sobre\\_derechos\\_humanos.htm](http://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm)] [consultado enero 22 de 2015]

CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE TODOS LOS TRABAJADORES MIGRATORIOS Y DE SUS FAMILIARES [Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FactSheet24Rev.1sp.pdf>] [consultado enero 30 de 2015]

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO [Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf)] [consultado enero 28 de 2015]

CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER [Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>] [consultado enero 23 de 2015]

COSTOS DE SERVICIOS EN SALUD [Disponible en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=15m4CXWQvkc%3D&tabid=59&mid=1288>] [consultado en abril 7 de 2015]

DERECHOS A LA ASISTENCIA SOCIAL Y MEDICA [Disponible en: [http://www.idhc.org/cat/documents/Incidencia/CoE/TRATADOS/CARTA\\_SOCIAL.pdf](http://www.idhc.org/cat/documents/Incidencia/CoE/TRATADOS/CARTA_SOCIAL.pdf)] [consultado enero 19 de 2015]

DECLARACIÓN ALMA-ATA [Disponible en: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm)] [consultado enero 23 de 2015]

DECLARACIÓN AMERICANA DE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL HOMBRE [Disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> ] [consultado enero 13 2015]

DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO [Disponible en: <http://www.humanium.org/es/declaracion-de-los-derechos-del-nino-texto-completo/>] [consultado enero 16 de 2015]

DECLARACIÓN SOBRE EL PROGRESO Y EL DESARROLLO EN LO SOCIAL [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ProgressAndDevelopment.aspx>] [consultado enero 22 de 2015]

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS [Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>] [consultado (enero 13 2015]

DISCRIMINACIÓN RACIAL [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>] [consultado enero 17 de 2015]

DECRETO 1011 DE 2006: Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

DECRETO 4747 DE 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 2003 DE 2014: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

DECRETO 2273 DE 2014: Por medio del cual se establecen disposiciones para garantizar la prestación de servicios de salud.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO (2014). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2013. Bogotá, Colombia.

DERECHO A LA SALUD [Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>] [consultado enero 30 de 2015]

DÍAZ, T. (2009). El Derecho Social Fundamental A La Salud Colombiana, Universidad Libre sede Cartagena - Centro de investigaciones. Cartagena, Colombia.

DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER [Disponible en: [http://www.oas.org/dil/esp/1967\\_Declaracion\\_sobre\\_la\\_eliminacion\\_de\\_la\\_discriminacion\\_contra\\_la\\_mujer.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/1967_Declaracion_sobre_la_eliminacion_de_la_discriminacion_contra_la_mujer.pdf)] [consultado enero 17 de 2015]

DWORKIN, R. (1977). Taking Rights Seriously. Londres: Duckworth.

DWORKIN, R. (1991). The Ethical Basis of Liberal Equality. Universidad de Siena: Ethics and economics.

ENGELHARDT HT (1995). Los fundamentos de la bioética, Editorial Paidós. Barcelona, España.

LEY 100 DE 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

LEY 715 DE 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

LEY 1122 DE 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

LEY 1438 DE 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

LEY ESTATUTARIA DE LA SALUD (PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA 209 DE 2013 SENADO Y 267 DE 2013 CÁMARA) Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. La Corte Constitucional publicó un comunicado de prensa en el que anunció el aval a Ley, sin embargo, para la entrada su entrada en vigencia, quedan pendientes la publicación de sentencia de la Corte y la sanción del Presidente.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2014). Cifras financieras del sector salud – Flujo de recursos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud 2013 – 2014. Boletín bimestral N° 4 Mayo – Junio 2014. Bogotá, Colombia.  
NÚÑEZ, J – ZAPATA, Juan (2012). La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano - dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Fedesarrollo, Bogotá, Colombia

OEA. (1988). Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Protocolo de San Salvador de 1988. San Salvador: Organización de Estados Americanos.

OG. No. 3. ONU. (1990). La índole de las obligaciones de los Estados Partes. Observación General Número 3. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OG. No. 14. ONU. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General Número 14. Organización de las Naciones Unidas. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OMS - UNICEF. (1978). Declaración Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata. Kazajistán - URSS: Organización de las Naciones Unidas.

OMS. (1986). Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canada: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2001). Contribuciones positivas de las iniciativas sanitarias mundiales. Ginebra: Boletín de la Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2006). Trabajar en Pro de la Salud. Suiza: Organización Mundial de la Salud. Catalogación por la biblioteca de la OMS.

ONU. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III). París: Asamblea General de las Naciones Unidas.

ONU. (1966). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200 A (XXI). Nueva York: Asamblea General de las Naciones Unidas.

ONU. (1969). Declaración sobre el Progreso y el Desarrollo en lo Social. Resolución 2542 (XXIV) del 11 de diciembre de 1969. Organización de las Naciones Unidas.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [Disponible en: [http://www.dermatologia.gov.co/el\\_instituto/normatividad/leyes/ley\\_10\\_1990](http://www.dermatologia.gov.co/el_instituto/normatividad/leyes/ley_10_1990)] [consultado febrero 3 de 2015]

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS [Disponible en: <http://www.derechos.org/nizkor/ley/pdcp.html>] [consultado enero 17 de 2015]

PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES [Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>] [consultado enero 17 de 2015]

POBLACIÓN PROYECCIÓN DANE [Disponible en <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/series-de-poblacion>] [Consultado Febrero de 2015]

PROTOCOLO DE SAN SALVADOR [Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>] [consultado enero 28 de 2015]

REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD DE LOS ESTADOS [Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000200002&script=sci_arttext)] [consultado en febrero 17 de 2015]

REFORMA COLOMBIANA DE SALUD [Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT%20004-03.pdf>] [consultado en febrero 17 de 2015]

RESOLUCIÓN 0412 DE 2000: Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.

RESOLUCIÓN 3384 DE 2000: Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000.

RESOLUCIÓN 3374 DE 2002: Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados.

RESOLUCIÓN 3047 DE 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

RESOLUCION 5521 DE 2013: Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS).

RESOLUCIÓN 5522 DE 2013: Por la cual se fija el valor de la UPC, del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2014 y se dictan otras disposiciones.

RESOLUCIÓN 2003 DE 2014: Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

RIVERO, M - Rivero O (2003). El Ejercicio Actual de la Medicina, Volumen 2 1ª edición, Ciudad de México, México.

ROEMER, R. (1989). El derecho a la atención de la salud. En OPS-OMS, El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado (pág. 654). Washington.

RUIZ, A. (2014). Hacia una teoría de la justicia del derecho a la salud: concepto y fundamento en perspectiva de integralidad. Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de Magister en Derecho. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS [Disponible en: [http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/reglas\\_minimas\\_tratamiento\\_reclusos.html](http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/html/pactos/reglas_minimas_tratamiento_reclusos.html)] [consultado enero 16 de 2015]

WALZER, M. (1993). Las esferas de la justicia (Original en inglés 1983 ed.). México: Fondo de Cultura Económica.