

**ANÁLISIS DISCUSIONAL DE LOS DECRETOS DE EMERGENCIA
SOCIAL**

ADRIANA ESPINEL SANDOVAL



**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2011**

**ANÁLISIS DISCUSIONAL DE LOS DECRETOS DE EMERGENCIA
SOCIAL**

ADRIANA ESPINEL SANDOVAL
Monografía para optar el título de
Especialista en Administración de Servicios de Salud

Director

JAIME FERNANDO PINEDA VEGA

Odontólogo, Especialista en Administración de Servicios de Salud (UIS),
Auditor de Calidad en Salud de (CES) Medellín, y Auditor Interno de
ICONTEC, Catedrático de Postgrado Administración de Servicios en Salud
(UIS)



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD – ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA
BUCARAMANGA
2011

Tabla de contenido

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 8 |
| 1. GENERALIDADES DEL PROYECTO | 10 |
| 1.1 Objetivo General | 10 |
| 1.2 Objetivos Específicos..... | 10 |
| 1.3 Justificación | 10 |
| 2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL | 14 |
| 3. LEY 100 DE 1993 | 16 |
| 4. DECRETOS EMERGENCIA SOCIAL | 20 |
| 4.1. DECRETO 4975 DE 2009 | 20 |
| 4.1.1. Decreto 126..... | 22 |
| 4.1.2. Decreto 127..... | 25 |
| 4.1.3. Decreto 128..... | 26 |
| 4.1.4. Decreto 129..... | 27 |
| 4.1.5. Decreto 130..... | 30 |
| 4.1.6. Decreto 131..... | 34 |
| 4.1.7. Decreto 132..... | 41 |
| 4.1.8. Decreto 133..... | 42 |
| 4.1.9. Decreto 134..... | 46 |
| 4.1.10. Decreto 135..... | 47 |
| 5. ANÁLISIS DISCUSIONAL | 48 |
| CONCLUSIONES | 68 |
| BIBLIOGRAFÍA | 71 |
| GLOSARIO | 77 |

RESUMEN

TITULO: ANÁLISIS DISCUSIONAL DE LOS DECRETOS DE EMERGENCIA SOCIAL*

AUTOR: ADRIANA ESPINEL SANDOVAL**

PALABRAS CLAVES: Emergencia Social, Ley 100

DESCRIPCION DEL CONTENIDO:

Colombia es un estado de derecho, y es por esta razón sus leyes se rigen por medio de un sistema democrático que permiten su discusión y aprobación, lo que permite un debate ante la aprobación de decretos ley que llevaron a varias discusiones y análisis por parte de los diferentes entes o actores participes del sistema de salud.

La Constitución Política de Colombia, en su artículo 11 declara en sus derechos fundamentales, como inviolable el derecho a la vida y para que este derecho se garantice el estado lo garantiza por medio del un servicio obligatorio como lo es la salud; antes de nacer la ley 100 de 1993, solo las personal que tenían trabajo eran los únicos que tenían derecho a este servicio (la salud), pero al crearse la ley 100 dentro de los principales objetivos, era el de garantizar la salud al 100% de la población Colombiana, por medio de dos regímenes el contributivo y el subsidiado, los primeros pertenecientes a las personal que laboran y que contribuyen al sistema y los subsidiados que son aquellos a los que el gobierno les subsidia de acuerdo a su capacidad de pago parte de las prestaciones (servicios) en salud, pero dentro de sus proyecciones no se tuvieron en cuenta, factores como lo era el número de afiliados al régimen subsidiado que venían en aumento desacelerado siendo mayor que los del régimen contributivo, además del aumento de tutelas por prestaciones que no se encontraban en el (POS), que además generaban sobrecosto en las carteras de los entes privado y públicos prestadores del servicio en el sistema, y de la misma forma la no vigilancia y control de estas prestaciones las cuales a pesar que el gobierno invierte en los proyectos del estado en salud, estos dineros no se invierten el 100%.

* Tesis

** Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Salud Pública. Especialización en Servicios Integrados de Salud. Director Jaime Fernando Pineda Vega

SUMMARY

TITLE: REVIEW OF THE DECREES DISCUSIONAL SOCIAL EMERGENCY*

AUTHOR: ADRIANA ESPINEL SANDOVAL **

KEY WORDS: Social Emergency Law 100

CONTENT DESCRIPTION:

Colombia is a state of law, and that is why laws are governed by a democratic system that allows discussion and approval, allowing a debate before the adoption of law decrees that led to several discussions and analysis by the different entities or actors participate in the health system.

Colombia's Constitution, Article 11 states in their fundamental rights as inviolable right to life and to ensure that this right is guaranteed by the state through compulsory service such as health, before the birth of the law 100 of 1993, only staff who were employed were the only ones eligible for this service (healthcare), but the creation of the law 100 within the main objectives was to ensure 100% health of the Colombian population through two schemes contributory and subsidized, the first belonging to the staff who work and contribute to the subsidized system and are those which the government subsidizes them according to their ability to pay part of the benefit (services) in health, but within its projections did not take into account factors such as what was the number of subsidized regime coming in slowed growth being greater than the tax regime, besides the increase of guardianships that do not benefit were at the (POS), which also generated overhead in the portfolios of private and public entities of the service providers in the system, and in the same way the failure to monitor and control which of these benefits even though the government invests in state projects in health, these monies are not invested 100%.

* Thesis

** Faculty of Health. School of Medicine. Department of Public Health. Specialization in Integrated Health Services. Director Fernando Pineda Jaime Vega

INTRODUCCIÓN

La ley 100 de 1993, se creó, como el modelo en salud en Colombia, y su objetivo principal es el de garantizar calidad y bienestar; y dentro de sus más grandes componentes, la seguridad en salud al 100% de los habitantes del país.

¿Y COMO ES QUE LLEGAMOS A LA EMERGENCIA SOCIAL?,

Pues se hace mención en diversos documentos, básicamente a dos puntos; el primero, es la descompensación de los dineros por la generación de medicamentos e insumos del no POS ya que éstos han elevado los costos de las EPS e IPS por medio de la tutelas, como lo presenta el profesor Francisco Yepes en su documento, ni emergencia ni salud¹; en donde con cifras muy interesantes muestran el aumento de las tutelas que se presentan con relación a salud en Colombia y como muchas de estas se encuentran dentro del POS, sin tener en cuenta lo que cubre POS, para que se pueda tratar las patologías; y en segunda instancia pero no la menos importante, la no vigilancia de las actividades a realizar por los actores de salud, los cuales generan costos inefectivos, no beneficiosos en la cartera del SGSSS; a raíz de esto, se dicta el llamado Estado de Emergencia social en salud en nuestro país. Pero la pregunta es; ¿qué paso?, ¿Cuál era el planteamiento de esta nueva propuesta y cuántos de estos cambios realmente son o no seguros para sostenibilidad del sistema y para la calidad de vida que la ley tanto protege desde la misma constitución iniciando por el derecho a la vida?

¹ Ni emergencia ni salud, Revista. Gerencia y. Políticas de Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 30-40, enero-junio de 2010, Francisco José Yepes Luján.

A través de la historia y desde el nacimiento de la ley 100 de 1993, los principios que se plantearon no fueron suficientes para la sostenibilidad del sistema, siendo estos mismos el pilar del sistema en salud; la llamada emergencia Social en salud

era una solución para la crisis en la que se encontraba el país, motivo por el cual se generaron unos decretos, que impulsarían los servicios de salud, permitiendo la sostenibilidad de las empresas en salud, para garantizar, brindar un óptimo servicio a los usuarios de los servicios, principalmente a los llamados no favorecidos y serían estos decretos, los que permitirían generar con el tiempo la igualdad de los dos regímenes contemplados (subsidiado y contributivo) siendo uno de los objetivos de la ley 100 de 1993.

¿Son los decretos de emergencia social en salud, una solución para los problemas sanitarios que se presentan en nuestro país?

1. GENERALIDADES DEL PROYECTO

1.1 OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis discusional de la Emergencia Social en Salud, teniendo en cuenta la posición de los diferentes actores y la decisión que tomó la corte constitucional, con el fin de generar una visión amplia de la crisis que en salud se declaró con el decreto ley 4975 del 2009 en nuestro país.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar los decretos que se establecieron a través de la emergencia social en salud
- Discutir los decretos que se genera sobre el estado de emergencia social, desde el punto de vista de los diferentes actores involucrados en el sistema.
- Determinar las condiciones que se tuvieron en cuenta para determinar la inexequibilidad de los decretos.

1.3 JUSTIFICACIÓN

En la pirámide de Maslow, dentro de las necesidades básicas que planteaba la jerarquía de necesidades humanas, en su segundo escalón se encuentra la necesidad de seguridad y protección y dentro de esta necesidad la salud, como un elemento fundamental por el cual no se puede llegar a la autorrealización que es la escala final de esta pirámide y por ente el ser

humano podría entrar en un desequilibrio² debido a que esta necesidad es parte de todos los seres humanos para lograr un estado óptimo de bienestar, alcanzando una mejor calidad de vida; ya que de la salud se despliega la posibilidad de un trabajo, de la realización de las actividades diarias como el comer, dormir, vestir, puesto que una persona enferma entendiéndose salud como la ausencia de la enfermedad física o psicológica, depende de otras personas, es decir, no es autónoma para sus decisiones y por ende no podría llegar a su propia autorrealización o metas como ser humano desmejorando su calidad de vida.

¿Que se está haciendo en Colombia, para que esta calidad de vida se garantice en la población?

Colombia es un estado social de derecho, con una constitución nacional modificada en el año de 1991 por el pueblo y para el pueblo; es allí en donde se encuentra plasmado los derechos fundamentales como lo es el derecho a la vida digna lo que se convierte en un derecho irrenunciable, y la salud como un servicio público de carácter obligatorio (Artículo 48 CPC), pero que a su vez origina unos deberes en los ciudadanos y en el estado. Lo que garantiza la calidad de vida y bienestar

¿Qué es calidad de vida?, acaso la calidad nos permite vivir mejor, acaso nos permite mejorar los recursos; acaso hablar de calidad de vida es evaluar, planear y ajustarse de acuerdo a lo que se vive, en medio de un constante cambio de vida, pues mas allá de esto, debemos analizar, qué es lo que está pasando, con las políticas en salud y es por esto mismo se debe vigilar lo que se hace con la salud, no solamente es permitir que se crean directrices que generan cambios y ajustes a las políticas; se debe ser veedores de lo que se origina por medio de las leyes, que finalmente son los lineamientos

² COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia (1991).

en los cuales se rige el país y principalmente la salud, que es el caso de este análisis discusional; de lo que ha pasado, lo que hoy en día es nuestra salud y en lo que a todos nos implicaba la llamada Emergencia Social.

Al analizar los decretos 126 al 135 del 29 de Diciembre del año 2009, en forma global, en los que se hacía mención a los cambios y ajustes del sistema social en salud, y a la luz de la grave crisis que se creó por la situación crónica de los estados financieros, la deficiencia en la vigilancia y control en la prestación y manejo de los servicios en salud; estos decretos habrían planteado diversos métodos o formas en los cuales se pretendía llegar a un punto de equilibrio, en donde no se permitiera desbalancear los servicios en salud básicos, prestados a los usuarios y la situación financiera de las IPS/EPS tanto públicas como privadas prestadoras de los servicios.

Ahora bien, si el fundamento es brindar una salud universal como lo refiere la ley 100 de 1993 en sus principios; ¿Qué precio se debe pagar? o ¿Hasta dónde se debe llegar para obtenerla?; y cómo por otro lado, la estructura en salud ha cambiado y estos cambios han favorecido realmente a los diferentes actores involucrados (usuarios, prestadores, administradores, empresarios, todos) los cuales desde diferentes puntos de vista de acuerdo a su propia necesidad ha generado una polémica alrededor del tema de la salud, y principalmente a lo que compete con la llamada “emergencia social”.

Por este motivo, se realiza un análisis que permite ver la realidad de una crisis en salud, doliente desde hace mucho tiempo y para lo cual no se tuvieron en cuenta los diferentes actores que son participes activos del sistema general de seguridad social en salud, y quienes son finalmente a los que se les emplean leyes que favorecen a algunos sectores de la salud, y que crean grandes conflictos y no bienestar en otros sectores de la salud.

Estos decretos han generando soluciones no definitivas a los diferentes inconvenientes que se han venido presentando, no solo al usuario de los servicios de salud, también al profesional de salud que ofrece los servicios; pero más allá de estas soluciones mediáticas, se necesitan estudios concretos que me permitan a largo plazo solventar o equilibrar las situaciones, que en un futuro se presenten en salud. En este análisis resaltaremos la importancia de los derechos y la forma democrática en el cual todos participamos en una crisis que nos compete y que a la luz de estos decretos nos permite finalmente, parar y dar un vistazo para realmente analizar los problemas en salud que cada vez son más grandes y de los cuales no se ha dado una solución definitiva, para enfrentar realmente la crisis en la que se encuentra el país y que no se compensa, situación, conocida por todos nosotros y de la cual no se han dado una reforma en las leyes de salud, que garantice esa calidad de vida a la que se ha hecho mención.

2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA NACIONAL

Colombia es un estado social de derecho, organizado en forma unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo, la solidaridad de las personas que le integran y en la prevalencia del interés general.

Según el artículo 11 de la CPC, “el derecho a la vida es inviolable”³. Y como derecho fundamental genera un servicio público obligatorio, como la salud, que permite su perseverancia y que hace parte de su cuidado, ya que la salud forma parte de la vida; la OMS define salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁴ tomando esta definición, nos indica que para preservar la vida es importante la salud y para garantizar la salud como un servicio que se presta, ya sea el caso de enfermedad, complicaciones o del mismo cuidado de la vida, o incluso prevenir la enfermedad, se debe contar con un sistema en salud que permita brindarse flexiblemente a todos y de forma integral como lo define la OMS; es decir, que frente a una emergencia social, en la que es declarada el estado colombiano, la salud, es uno de los principales temas que se trata en los artículos de los decretos; pues sin este servicio, las personas no podrían tener un óptimo bienestar para sus vidas, por esta razón el controlar y vigilar los dineros y generar planes para beneficiar los menos favorecidos, han tenido un auge grande en el país en donde se trata mantener como lo dice en la escala de Maslow una

³ <http://www.who.int/suggestions/faq/es/> OMS, definición de Salud

³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia (1991).

⁴ Lo básico de emergencia social Abril de 2010. www.dnp.gov.co

necesidad básica vital, como lo es la salud y como lo manda la CPC como un derecho fundamental e irrenunciable, que es el derecho a la vida.

3. LEY 100 DE 1993

“Antes de 1993, el aseguramiento en el sistema de salud colombiano estaba diseñado para lograr la cobertura de la mayor parte de la población trabajadora. Sin embargo, en la práctica solo brindaba protección a cerca del 50% de los trabajadores asalariados, a través de entidades de previsión social y el Seguro Social, con diferentes esquemas de afiliación, cotización, cobertura familiar y beneficios. Como resultado, la cobertura de aseguramiento en salud de la población total era menor del 20%. Las personas que no tenían ningún tipo de aseguramiento y las familias de los trabajadores sin protección parcial eran atendidas por la red pública con problemas de acceso y oportunidad en la prestación de los servicios de salud”⁵. La ley 100/93, fue creada para generar un orden en salud que permitiera tener acceso a toda la población, y su objetivo, es llegar al cien por ciento de la población; creándose así dos regímenes, contributivo y subsidiado.

En su artículo primero la ley 100 de 1993, define el SSGS como: “un conjunto de instituciones, normas y procedimientos que el estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura total 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”⁶.

Si recogemos esta definición, fue creada para generar calidad de vida, bienestar en salud y económica de los habitantes del país, la pregunta es, ¿y qué paso con este planteamiento? que además de ser muy interesante,

⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23 de Diciembre de 1993). Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

⁶ Idem

genera grandes compromisos, porque estamos hablando hoy por hoy de la emergencia social en salud, y si su estructura se basa en unos principios que permitiría sostener y mantener los tres ámbitos que esta ley hace mención (salud , pensiones y riesgos profesionales), cual es el motivo entonces de esta crisis en salud en la que se encuentra el país; en su primer artículo, la ley 100, se basa en “garantizar los derechos irrenunciables de la personas y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana mediante la protección de las contingencias que la afecten”⁷, además de mencionar que tratan de las “obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizarla cobertura de las prestaciones de carácter económico de salud y servicios complementarios”. Es decir se basan sobre los derechos fundamentales e irrenunciables con relación al hombre y dentro de ellos el principal y uno de los más importantes el derecho a la vida, y por el cual el estado debe garantizar y lo dice el documento los servicios en salud, si el usuario lo requiere, en otras palabras podríamos decir, que el gobierno garantiza el libre acceso a estos servicios, sin importar condición económica o social de la persona que lo requiera.

Estos principios que fueron bases o estructura nuclear de la ley 100 de 1993 y los cuales contemplaremos para este análisis, con el fin de centrar las ideas que se han presentado a través de la crisis de emergencia social en salud son:

“Eficiencia: es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados de forma adecuada, oportuna y suficiente.

⁷ Ídem, pág. 13

Universalidad: es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

Solidaridad: es la práctica mutua de la ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos. Las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

Es deber del estado garantizar la solidaridad en el régimen de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad se aplicara siempre a los grupos de de población más vulnerable.

Integralidad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

Unidad: Es la articulación de políticas, instituciones y regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y

Participación: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”⁸.

⁸ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 4975 (23 de Diciembre de 2009). Por el cual se declara el Estado de emergencia Social.

Estos principios cobijan una estructura cíclica en que el estado protege o garantiza el bienestar de sus habitantes y a su vez estos se mantienen constantemente de manera activa alimentándose de forma recíproca, sin permitir que hubiese un desbalanceamiento negativo a cualquiera de las partes implicadas.

4. DECRETOS EMERGENCIA SOCIAL

La situación crónica que en salud se presenta y a la cual no se ha dado una definitiva o por lo menos sostenible solución, ha generado con el tiempo, un déficit económico, social, político; que ha desgastando las fuentes de sostenibilidad del sistema en salud como lo ha sido el FOSYGA, ya que los recobros, las actualización de los planes obligatorios en salud, entre otras situaciones, no fueron suficientes para la sostenibilidad y continuidad del sistema en salud, como lo tenían proyectado con la ley 100/93, generando un estado de emergencia social.

4.1 DECRETO 4975 DE 2009

En sus facultades el Presidente de la República y sus ministros de acuerdo con el artículo 215 de la constitución política de Colombia, en el cual se explica que “en una situación en la cual se perturbe la base económica, ecológica y social del país, declarara el estado de emergencia social”⁹, el cual es analizado en este documento y teniendo en cuenta que el gobierno conoce que la salud es un servicio público obligatorio, autónomo además que se debe garantizar por parte del estado el goce efectivo para todo el territorio nacional y siendo de igual forma susceptible a limitaciones, y en vista que la salud en el momento presenta carteras morosas, además de cierres de hospitales y clínicas, el estado no ha logrado sostener y solventar las situaciones que se han venido presentando , generando una gran crisis motivo, por el cual se declara un estado de emergencia social, teniendo en cuenta que la salud, es prioritario para la población y su estado en crisis no solo financiero y de recursos, pone en riesgo el equilibrio social de los Colombianos.

⁹ Idem, pág. 15

Ahora bien, la ley 100 del 1993 que fue modificada parcialmente por la ley 1122 del 2007 encarga al CRES, como un ente que canaliza uno de los principales motivos del déficit financiero, como lo son los servicios no contemplados en el POS y que venían en aumento indiscriminado; la CRES define la prestación de los planes en salud de los dos regímenes creados, subsidiados y contributivo, y ya que el sistema en salud, debe suministrar medicamentos y servicios fuera de los planes siendo estos sostenidos por el FOSYGA en el régimen contributivo y en el caso del régimen subsidiado por el estado, por medio del recobro por la prestación de los servicios. Estos recobros, que sin poder ser controlados o regulados han sido servicios o medicamentos generadores de un crecimiento abrupto de demandas por medicamentos o insumos que no son contemplados en el plan de salud establecido, es así como pasamos en el “año 2007 al año 2009 un incremento hasta de un 280% de los recobros al FOSYGA por parte del régimen contributivo”⁹, además que los medicamentos no POS en las farmacias se aumentaron en número, generando carteras insostenibles tanto del régimen subsidiado como del contributivo con facturas de más de 90 días sin pagar a los hospitales y entidades de más alta complejidad del estado¹⁰, agravando el problema de liquidez de los prestadores de los servicios en salud, y por otro lado los dineros que se generan para salud han sido destinados a otras actividades diferentes a las que fueron presupuestadas.

El contrato laboral de los Colombianos, que no permite una situación financiera estable, genera modalidades informales de trabajo que no admiten la permanencia constante en el régimen contributivo, generando grandes vacíos en este régimen y aumentando el subsidiado de una forma muy variable, para lo cual no se había establecido una estrategia que permitiera

¹⁰ Lo básico de emergencia social Abril de 2010. www.dnp.gov.co

cambios flexibles ante esta situación; además, la no vigilancia de los dineros que llegan a salud y los cuales son destinados a otras actividades, diferentes a las que fueron establecidas, generan por decirlo de alguna forma, un hueco financiero, que ha afectado de forma enorme el sistema de salud y los problemas que hoy en día se conoce como lo es el déficit financiero de las empresas del estado y privadas, que en última instancia ha venido cerrando las puertas al servicio público, afectando como lo habíamos dicho desde un principio el derecho a la salud y su acceso; por ente el derecho fundamental a la vida, y en consecuencia desde todos los puntos de vista un desbalance socioeconómico en el país; y llevando con el tiempo el decretando documento llamado Estado de Emergencia Social, en el cual nos vemos de una u otra forma involucrado todos los Colombianos.

4.1.1 Decreto 126

Este decreto hace mención principalmente a la vigilancia y control de las instituciones prestadoras de salud declarando como lo dice en sus **artículos 1, 2, 3 y 4** la vigilancia y control encargando como cabeza principal a la superintendencia nacional en salud

Artículo 5 párrafo 1, hace mención sobre la atención en urgencias haciéndola prioritaria, independiente de que la prestación de sus servicios sean públicos o privados tenga o no convenio con la entidad, prima el derecho a la vida y por ente a la salud, evitando así los llamados paseos de la muerte, en donde no atendían a los usuario, además se aclara en este articulo que estas atenciones deben ser pagadas por las entidades EPS o entes territoriales, así este no tenga el convenio con la entidad que lo atendió, además quita el titulo valor previo para ser atendido, aclarando en el Artículo 28 las incurrencias penales que traerá en caso de ser omitido la atención de urgencias.

Artículo del 6 al 8, la Superintendencia nacional de salud, podrá en virtud de su vigilancia y control cesar actividades de entidades que pongan en riesgo la salud de un usuario o los recursos del SGSS y estas actividades quedaran en manos de una prestadora de salud elegida por la Superintendencia nacional en salud de forma provisional hasta que se resuelva el caso por el cual fue negado el servicio de salud al usuario.

Artículo 7 contempla las quejas y reclamos de los afiliados definiendo un término no mayor a 15 días calendario para ser solucionados a través del SIAU, en caso de ser negativa su respuesta, el usuario podrá recurrir a la Superintendencia nacional en Salud y esta deberá responder en un plazo no mayor a 30 días en busca de pruebas para la suspensión o sanción del servicio.

Artículo del 9 al 15, en el cual se desarrolla todo lo que significa valores de precios de medicamentos y dispositivos médicos, fijando estos a un valor máximo donde no se podrán pasar de allí en el cobro del medicamento y/o dispositivo y las entidades que se pasen de este valor serán sancionadas o corregidas por el valor máximo estipulado; además menciona también, que este precio lo fijará la comisión nacional de precios el cual, dispondrá el máximo cobro por un medicamento o insumo médico en todo el mercado, por medio de la información que reporte las comercializadoras las cuales serán de carácter privado frente a terceros y solo lo sabrá el ministerio de comercio industria y turismo, además de castigar como falta gravísima al funcionario que revele esta información confidencial. Todos las comercializadoras de insumos y medicamentos deberán reportar precios al sistema de información de precios así como la información comercial, y se sancionara cuando se detecten que se hace comprar innecesariamente al usuario medicamentos o insumos médicos o mayor cantidad de la que realmente necesita y en este caso a través el INVIMA se define las presentaciones comerciales en cuanto

a forma farmacéutica y cantidad del tratamiento completo de acuerdo con la prescripción del médico tratante.

Artículo del 17 al 23 la superintendencia nacional de salud, aplicara multas por medio de un proceso administrativo sancionatorio, y determina 5 días hábiles en los cuales deberán entregar pruebas y esta a su vez sancionara o archivara el caso en un plazo de 30 días calendario; además por medio de su función vigilancia y control, sancionara los motivos de las entidades quienes por omisión, evasión o desconocimiento de la ley entregue información incompleta, y/o quienes no la den en la fecha pactada o las que no la entreguen cuando sea solicitada. Y en su **artículo 20** fija en valores para los diferentes protagonistas que infrinjan la ley como EPS, personas naturaleza y jurídicas o los representantes y/o directores, administradores de la entidades prestadoras de servicio.

Y es clara en imponer sanción hasta de 5000 SMMLV aplicable al control del precio y se impondrá de forma diaria en caso de persistir la conducta hasta que se suspenda esta práctica; y en su artículo 22 define la forma en que estas multas se graduaran de acuerdo a los criterios evaluados en cada caso de forma particular. Estas multas serán impuestas por la superintendencia nacional de salud y las que genere por este motivo la superintendencia de industria y comercio, la destinaran al fondo anticorrupción del sector salud.

Artículo del 27 al 37, modifican el código penal en el caso de responsabilidad penal de un administrador de bienes de SGSS, en el cual se venda de forma fraudulenta el medicamento para obtener un provecho propio o para un tercero y que haya sido entregado por el SGSS de 24 a 48 meses de multa y de 50 a 200 SMMLV, contrabando de medicamentos de 48 a 96 meses en prisión o de 50 a 200 SMMLV, por peculado y cuando los recursos se definan para otras actividades de 50 a 120 meses en prisión inhabilitación

para el ejercicio de su derecho y funciones públicas por el término y multa de 10 a 50 SMMLV. Y en el **artículo 35** se menciona el fondo anticorrupción del sector salud, siendo este un fondo especial de la superintendencia nacional de salud quien será financiado con las multas impuestas y aportes del impuesto nacional de la nación, donaciones, recursos de cooperación internacional.

4.1.2 Decreto 127

Establece en sus **artículos del 1 al 4**, el aumento porcentual de los licores nacionales e internacionales. Es así como un 48 por ciento se aplicará a la cerveza y sifones los cuales serán destinados a financiar el 2 y 3 nivel de atención en salud, y este porcentaje se pagará dentro de los siguientes 15 días de vencimiento de cada período gravable. Y dispone que a partir del 1 febrero hasta el 31 de Diciembre del 2010 el impuesto sobre cervezas nacionales e internacionales se aumentará un 14 por ciento, exceptuando este impuesto a San Andrés, Providencias y Santa Catalina; y a partir de enero del 2011 los impuestos del juego de suerte y azar y cervezas se destinarán por la nación a las prestaciones excepcionales en salud; , y en el **artículo 6** fija según el grado de alcohol para licores después de 35 grados de alcohol subirá 386 pesos por cada grado de alcohol y hasta 35 grados de alcohol subirá 256 por grado de alcohol. Por unidad de 750cc siendo este dinero llevado a las prestaciones excepcionales en salud.

En el Artículo 5, hace referencia a los impuestos en el cigarrillos y tabaco, es así como será el 21 por ciento en el año 2010 y a partir del primero de enero del año 2011 será del 24 por ciento del recaudo bruto del impuesto del consumo del cigarro se destinara para la salud.

4.1.3 Decreto 128

Regula a las prestaciones excepcionales en salud, es así como en sus **artículos 1 y 2** cambia a los servicio de Salud no POS su nombre y serán llamados Servicios Excepcionales en Salud, definiéndolas como las prestaciones del servicio en salud que no están incluidas en el POS del régimen contributivo y que requieren las personas de los regímenes contributivos y subsidiados ordenado por el médico tratante y autorizados por el comité de prestaciones excepcionales y del cual tendrán presentes para su aprobación unos principios.

Dentro de los principios del que se habla para ser autorizados los servicios excepcionales en salud es importante tener en cuenta:

1. Necesidad (es indispensable para por poner en riesgo la vida si no se suministra),
2. Pertinencia (formulación basada en la evidencia científica para la condición específica de salud)
3. Priorización (determina el orden de pertinencia en el tiempo de las solicitudes teniendo en cuenta los recursos que existen para estos)
4. Excepcionalidad (que hayan sido agotados primeros los recursos porque ofrecen el POS)
5. Razonabilidad (relación costo beneficio de usarla contra una q da el POS)
6. Subsidiariedad (las prestaciones procederán de acuerdo a la capacidad de pago del usuario y su situación financiera)
7. Finitud (las prestaciones excepcionales son finitas).

Y el **artículo 5** estipula, a las prestaciones, como aquellas que corresponde a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, excluyendo educación, instrucción, actividades recreativas, cosmético,

actividades de embellecimiento o las prestaciones que se encuentren en la fase de experimentos o sin evidencia científica.

Artículo del 6 al 10, se crea el FONPRES como el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud, por él se subsidiara las actividades fuera del POS, además, de las decisiones sobre la aprobación de la intervención o actividad que se preste o se requiere y que se encuentre fuera del POS. Esta estará constituida por un comité que será integrado por el ministerio de protección social, ministerio de hacienda y crédito público, dirección general de planeación, director nacional del instituto de salud, director de INVIMA, secretario de la comisión nacional, representante del presidente de la república y se financiara por medio de los impuestos sobre juegos de azar y la cerveza.

En el **artículo 11** hace claridad sobre la financiación parcial o total del pago de los insumos o servicios no POS prestados, consultando la capacidad de pago del usuario, especificando en el **artículo 16** que el gobierno nacional generara acceso directo para la financiación que corresponderá al crédito de los planes excepcionales y se hace claridad que para el pago podrán utilizar las cesantías; en el **artículo 13** refiere que se vigilara y controlara por medio de la superintendencia nacional de salud.

Y el **artículo 20** hace referencia al recobro al FOSYGA hasta que el decreto empiece a regir y las empresas tendrán un plazo de dos meses para este recobro.

4.1.4 Decreto 129

En el cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elución de cotizaciones y aportes del sistema social de protección social y se dicta otras disposiciones. Los aportes que se encuentran en mora una vez se

realicen acuerdos de pago no podrán suspenderse y ese periodo no contara para la desafiliación siempre y cuando el acuerdo sea cumplido a cabalidad, esta financiación la establecerá el gobierno nacional.

Artículo 2, acerca la celebración y cumplimiento del contrato el cual será condicionado por el contratante para lo cual pedirá facturas, cuenta de cobro o número de referencia de la planilla de los aportes hechos, y por lo cual el gobierno nacional garantizara la verificación y suministros de la información necesaria para cumplimiento con el contratante. En el evento que no se realice el pago correspondiente de los aportes fijados el contratante retendrá la suma adeudadas a la liquidación y efectuara los giros directamente con prioridad a salud y pensiones como lo define el reglamento.

Artículo 3. Se adiciona el artículo 108 del estatuto tributario-parágrafo 2 para efectos de deducción los aportes parafiscales seguirá como lo dice la ley y para la deducción de pagos de trabajadores independientes, el contratante deberá verificar la cotización y el pago de estas y aportes según la ley
La unidad administrativa especial de pensión y contribuciones parafiscales de la protección social podrá gestionar la correcta liquidación de aportes de los asalariados como independiente y en caso de inconsistencia se reportara a la DIAN

Artículo 4 del presente decreto, adiciona al artículo 647 estatuto tributario las inconsistencias de los aportes a la seguridad social; y se sancionara a título de inexactitud en términos del estatuto.

Artículo 5 Menciona que los trabajadores independientes o contratistas, deberán expresar que han efectuado sus aportes a la seguridad social en salud por los ingresos en materia de facturación a menos que se cotice por montos máximos impuestos por la ley, señalando el numero o referencia de la plantilla con la que se pago, y si estos aportes disminuyeron la base de

retención de la fuente en otro cobro o pueden ser tomados para tal fin por el pagador, este debe realizarse bajo juramento.

El artículo 6 señala que toda persona que este obligada a cotizar deberá hacerlo sobre la base de cotización para pagar pensiones y seguridad social en salud.

Artículo 7 refiere que todo director, gerente o revisor fiscal que cree cooperativa o pre-cooperativa para evadir el pago a los aportes, será multado por la superintendencia de la economía solidaria y en su **artículo 8**, precisan que esta sanción corresponderá a la cancelación de personería jurídica y de la inscripción correspondiente al registro de constitución por parte de la superintendencia de la economía solidaria.

Artículo 9 hace referencia a los pagos del salario que no constituyen salarios en los trabajadores particulares y se aclara que no deberán ser superiores al 40 por ciento total de la remuneración. Y en su **artículo 11**, a la información que se requiere para establecer la capacidad de pago del cotizante, para la autorización de prestaciones excepcionales en salud, y verificando la correcta liquidación de las cotizaciones y aportes al sistema de protección social a los operadores bancarios de información y demás entidades públicas o privadas las cuales se deberán suministrar la información que se solicite para la verificación del UGPP y demás entidades que el gobierno nacional determine, manteniendo esta base de información protegida según la ley 1266/08 (quien hace referencia a la información de vida crediticia de datos personales financieros).

Artículo 12 En el cual se especifica las funciones como operadores de información de plantilla integrada de liquidación de aportes (PILA) que será vigilada y controlada por la superintendencia o entidad que haya sido designada para tal fin, bajo condiciones y criterios de la superintendencia

financiera de Colombia, los demás operadores que no estén sometidos a vigilancia y control se deberán constituir o transformarse en sociedades anónimas vigiladas por la superintendencia de sociedades en un término de 6 meses.

4.1.5 Decreto 130

Artículo 1, Señala el tiempo de cobro de los juegos de suerte y azar, de un año y pasado este tiempo se prescribe la extinción del derecho a reclamarlo, de igual forma el juego que no ha sido reclamado y presentado para reclamar se esperara pasar un término no mayor de 30 días, si no se paga en este término se reclamara en forma judicial además que en los dineros de los juegos que no se han sido cobrados se unificara a los planes de beneficios en un 100 por ciento, de igual forma explica que los dineros de los premios no pagados al 31 de diciembre del 2008 irán al FONPRES.

Los juegos que se operen a través de terceros, se reconocerán a través de la administradora del monopolio un cinco por ciento (5%) de los derechos de explotación y si esta por contratos de concesión de apuestas permanentes serán de un tres por ciento (3%); por otro lado hace referencia a los juegos de cruceros, en donde solamente podrán funcionar en el momento en que el crucero esté anclado en los puertos y serán de forma exclusiva para los pasajeros; el dinero de estos juegos que hacen parte de los derechos de explotación y gastos administrativos se destinaran así: el cincuenta por ciento (50%) irá al FONPRES y el otro cincuenta por ciento (50%) al municipio que tenga anclado este crucero en su puerto e irán a los servicios de salud de este municipio, siendo vigilada por la comisión reguladora de juegos de suerte y azar quien definirá la forma de pago, de los días que el crucero se encuentre en el municipio. En el **artículo 5** hace referencia a los juegos innovadores como aquello que no se encuentren incluidos en juegos de suerte y azar, los cuales se dará un plazo de 5 años para operar de

acuerdo al reglamento del juego, estos dineros irán a los departamentos para financiar el régimen subsidiado, pago de los servicios de salud de la población pobre no afiliada y eventos no cubiertos por el plan obligatorio de salud, si durante el transcurso de 60 días de ser aprobado este juego no inicia su operación se entenderá que renunciara a la operación.

La destinación de las rentas de monopolio se destinaran de acuerdo a la siguiente distribución: el sesenta y ocho por ciento (68%) serán para los subsidios, para la demanda y prestación de servicios de población pobre afiliada y los no cubiertos por el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado; el veinticinco por ciento (25 %), se destinaran a la financiación del régimen subsidiado, el seis por ciento (6%), al fondo de investigación en salud, el uno por ciento (1%) al fondo de capacitación de los profesionales de salud y el veinticinco (25%) por ciento para el funcionamiento de las secretarías de salud, de conformidad con el artículo 60 de la ley 715 del 2001.

En el **artículo 8** hace referencia a los juegos de origen extranjeros realizados en Colombia en donde se pagaran por derechos de explotación un diecisiete por ciento (17%), los cuales irán al FONPRES, el no pago de estos dineros generara una multa de hasta 5000 SMMLV, dando autoridad a la policía, administradores de monopolio, las autoridades de inspección vigilancia y control ordenar alertas y bloqueos.

Artículo 11 por el cual se encargará como administradora de las loterías a las empresas industriales y comerciales del estado y/o asociaciones voluntarias de lotería o la asociación de exploradores estas últimas con autonomía patrimonial y administrativa y personería jurídica.

Artículo 13, ratifica a la superintendencia nacional de salud como ente que establecerá las condiciones de confiabilidad de los juegos de suerte y azar, localizados así, como la estandarización y requerimientos técnicos mínimos; en el **artículo 14** hace mención sobre eventos hípicas los cuales son propiedad de los departamentos y del distrito capital la explotación la cual esta podrá operar en otro departamento pagando por derecho de explotación un setenta por ciento (70%) de los ingresos, al departamento o distrito que corresponda; sobre la carreras que se realizaran en Colombia se pagara como derechos de explotación el uno por ciento (1%) de ingreso bruto de la venta de apuestas y de los que se realicen en el extranjero será de un quince por ciento (15%) de ingreso bruto de la venta de apuesta; estos derechos serán distribuidos de la siguiente forma un cincuenta por ciento (50%) irá al FONPRES y el otro cincuenta por ciento (50%) a la financiación de renovación tecnológica de la red pública hospitalaria en la respectiva entidad territorial. En sus **artículos 16 al 18** se mencionan como los administradores y explotadores de los juegos de azar, a la superintendencia nacional de salud y se encargaran de vigilar y controlar los juegos de azar ilegales, dándoles potestad para clausurar o cerrar estos juegos ilegales a la policía dándoles autoridad del decomiso de los bienes y elementos que sirvan a la operación ilegal o prohibida y los tendrán hasta que muestren legalidad o ilegalidad. Demostrada esta ilegalidad se procederá al remate de los bienes y este dinero será llevado al FONPRES.

En su **artículo 22** hace referencia que los derechos de explotación de los juegos gallinásticos o caninos corresponden a los municipios. En su **artículo 23** refiere a la DIAN como administradora de los juegos de suerte y azar en consecuencia la DIAN tendrá un término de 6 meses de la vigencia del decreto para asumir el compromiso de administrador y en el transcurso de este tiempo se hará cargo ETESA (empresa territorial para la salud).

Artículo 24 hace referencia a las sanciones por evasión de los pagos de los derechos de explotación, los juegos que no ha sido autorizados se clausuraran decomisándose los bienes y se multaran de 10 SMMLV por elemento de juego, para los juegos de suerte y azar distintos a los localizados y autorizados será de 50 SMMLV, y de 100 SMMLV si cuya operación se hace de forma directa o por concesión y esta ultima (por concesión) llevará a 5 años de inhabilidad para operar juegos de suerte y azar y cuando estos no declaren los derechos de explotación del periodo respectivo deberá pagar el doscientos por ciento (200%) de los derechos de explotación no declarados y suspensión del juego, cuando se pague menos por omisión o inclusión de información de la liquidación probada de derechos de explotación se multara por el ciento sesenta por ciento (160%) de la diferencia entre el saldo a pagar y al que se pago siendo estos pagados en un término de tres años de haber conocido los fraudes.

Artículo 27 hace referencia a las interventoras de estos juegos de suerte y azar el cual el gobierno nacional podrá contratarlas por medio de licitación pública. Las cuales al detectar mal manejo harán traslados a las autoridades judiciales y de control respectivas. **Artículo 28**, refiere que las sanciones interpuestas por la superintendencia nacional de salud a los generadores de recursos irán al FONPRES.

Del artículo 29 al 36 define a la comisión de regulación de juegos de suerte y azar como una unidad administrativa de carácter técnico con personería autónoma, con sede en la ciudad de Bogotá que tendrá su cargo la operación y administración de los juegos de suerte y azar, el cual el gobierno definirá su estructura y al personal para el ejercicio de sus funciones (definen y dirigen la administración e investigaciones que permitan proponer un mayor desempeño en la administración, además de aprobar tipos de juegos y monopolios que no sean regulados por la ley en el territorio nacional operantes, evalúan indicadores de gestión y determinan porcentajes de

utilidades de las empresas publicas) y esta comisión tendrá funciones políticas y de regulación, lo integraran: el ministro de protección social o delegado, el director del departamento de planeación o su delegado, el ministro de hacienda y crédito público o delegado, el gobernador que presida la entidad que agremie los departamentos del país , el alcalde que presida la entidad que presida los alcaldes del país y tres comisionados expertos designados por el presidente de la república, estos expertos ejercerán por periodo de cada tres años reelegibles por una sola vez encargado de preparar emitir y suscribir con el presidente del concejo los conceptos de carácter general y abstracto sobre aplicación e interpretación de la norma que le rige a los monopolios de juegos de suerte y azar.

La dirección de la administración del comité será elegido por libre nombramiento y remoción.

4.1.6 Decreto 131

Se crea el comité técnico científico en salud, y se regula la autonomía profesional además de definir aspectos de aseguramiento del plan obligatorio de salud y se dicta otras disposiciones.

Artículo 1 define al comité técnico científico y sus funciones, creándolo como un conjunto de principios, órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya función es la coordinación de las actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público en salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos científicos. Y buscara las mejores condiciones en salud de la población, a través de prestaciones técnicamente aplicables y científicamente validas en un servicio de salud. Encargándose de realizar el control científico, seguimiento y evaluación de las prestaciones en salud, coordinando, articulando, generando y clasificando el conocimiento, de tal forma que sean referente para los prestadores del

servicio de salud y organismos estatales que vigilan, controlan e inspeccionan, lo administrativo o judicial, el cual lo conformara: CRES, INVIMA, el organismo técnico científico para la salud, el ministerio de protección social, el instituto nacional de salud, los comités técnicos de prestaciones excepcionales, COLCIENCIAS, prestadores de salud de acuerdo Decreto 1011 del 2006, entidades promotoras en salud y demás entidades que apliquen en conocimiento, el fundamento científico / autonomía / transparencia /continuidad y oportunidad / articulación, / divulgación. Y en su **artículo 3** lo define como, un órgano estatal encargado de la regulación científica, inspección y vigilancia de la aplicación del método científico y tiene autonomía técnica y administrativa

Artículo 4 habla sobre las funciones; las cuales está el evaluar la población y el perfil epidemiológico, con el fin de adaptar estándares en la evidencia científica además de proporcionar asesoría técnico científica, incluyendo a la rama judicial si lo requiere.

Artículo 6 hace referencia a la conformación del OTC que lo integrara, el ministerio de protección social, ministerio de hacienda y crédito público, director de Colciencias, y tres profesionales (economía, investigación aplicación de las políticas en salud, quienes serán elegidos por periodos individuales de 4 años, elegibles por una sola vez, esto por primera vez lo elegirá el presidente de la república), este será financiado por el FONPRES en lo relacionado con la excepcionales en salud y las prestaciones incluida en el POS se financiara con los excedentes de las subcuentas FOSYGA y ECAT.

En su **artículo 9** define al POS, como conjunto esencial de servicios, para la atención de cualquier condición que cubra las necesidades en salud, teniendo en cuenta la condición socioeconómica de la persona, priorizando la promoción y prevención en salud y atención de baja complejidad medicina y

odontología general y el acceso a niveles superiores cuando se cuente con evidencia científica y costo efectiva que lo garantice.

Artículo 11 al 14 se define la taxonomía del POS y sus actualizaciones de acuerdo al avance de la ciencia tecnológica y financiera del país, la cual está bajo cargo del CRES; el cual también definirá los criterios de exclusión del POS.

Artículo 17, especifica que los copagos serán impuestos por el gobierno nacional de acuerdo a la capacidad de pago de la personal y el nivel de atención prestada además de las actividades procedimientos insumos medicamentos intervenciones que cubra el plan obligatorio de salud serán publicado bajo cargo del CRES y el ministerio de protección social y será de consulta general según lo dice en su **artículo 18**.

El **artículo 19** modifica el artículo 169 de la ley 100/93 acerca de los planes voluntarios en orden refiere que esto planes serán pagos en su totalidad por el usuario y serán de contratación voluntaria, como lo son planes de atención complementaria emitidos por las promotoras de salud los planes pre pagado y pólizas de seguro, el estado controlara estos planes y las tarifas serán regidas por el artículo 184 del estatuto orgánico financiero.

Las entidades complementarias y las pre pagadas, en cuanto su depósito de planes, se surtirá ante la superintendencia nacional de salud, estos planes podrán ser cubiertos de forma total o parcial y las prestaciones derivadas del riesgo en salud incluidas o no en el POS tales como copagos, servicios de salud medico, odontológicos, pre hospitalarios de transporte; frente a las condiciones diferenciales de los planes obligatorios en salud, se realizaran las coberturas, en periodos de carencia y otras coberturas de tipo profesional o asistencial.

Artículo 20 al 22 se mencionan características del plan complementario, estos planes complementarios podrán ser ofrecidos por las promotoras a los usuarios que estén afiliados con ellos, además, con estos planes cubrirán los servicios que no se encuentren en el POS, y de igual forma el plan complementario solo podrá ofrecer lo que contiene el POS cuando haya periodos de carencia exclusivamente; estas entidades no podrán terminar contratos ni revocarlos a menos que exista incumplimiento de la otra parte. En cuanto a los servicios ofrecidos por las entidades complementarias, el POS deberá aplicar ciertas reglas, como, el usuario elegirá libremente si desea el servicio, si este no lo cubre; de los acuerdos del POS con los planes voluntarios de salud, los reembolsos por la atención prestada a los afiliados del POS, estos servicios tendrán un valor tope de descuento sin exceder el treinta por ciento (30%) de la unidad de pago por capitación y este reembolso no podrá ser tomado por parte de la promotora de salud como gasto medico; el gobierno nacional podrá reglamentar el monto del valor global teniendo en cuenta los perfiles demográfico de la población afiliada y las entidades deberán discriminarlas según las reglas establecidas por la contabilidad y se definirá por medio de la superintendencia nacional de salud.

Artículo 23 al 37 habla del ejercicio médico y odontológico, hace mención a la autonomía y multas sobre el ejercicio y confincitos de interés; es así, como en su **artículo 1** hace mención a la autonomía medica y de odontología, el cual adiciona a la ley 1164/07 articulo 26 parágrafo 1; es autonomía la prerrogativa que la sociedad les confiere para auto regularse, mediante estatutos que una vez adoptados son de obligatorio cumplimiento, si un paciente consiente, mayor de edad, mentalmente competente o el legitimado para el consentimiento, no adopta las recomendaciones de los medico y/o odontólogo se debe respetar como primacía la autonomía del paciente. Los estándares de profesional serán evaluados por representantes calificados de la academia de medicina y odontología, y el ministerio de

protección social fijara el sistema de calificación de los profesionales que presente servicios de salud; una vez establecidos estos estándares serán adoptadas por el comité técnico científico de la salud, siendo referentes para el ejercicio de la profesión y la determinación de responsabilidades ético y disciplinaria, además de la actualización en el ejercicio de los profesionales de la salud; las entidades del sector salud, deberán dar a conocer estos estándares a sus profesionales (la autorregulación y autonomía del ejercicio de acuerdo a la ley 1164/07 y este decreto), cada institución deberá anualmente garantizar espacios para actualización de sus profesionales y que cuente con los recursos necesario para tal fin y esto hará parte de los procesos de habilitación, dando espacios a la creación del fondo de cuenta de capacitación de los profesionales de la salud, con el objeto de financiar los estándares de capacitación de médicos y odontólogos por medio del ICETX, y será del uno por ciento (1%) las multas del monopolio rentístico de juegos de azar de conformidad con el artículo 42 del ley 643 de 2001, las multas impuestas en el desarrollo en el **artículo 32 y 33** del presente decreto y otros recursos que se definen para tal fin.

Artículo 28, acerca del conflicto de intereses, es tomado como, la situación en la cual el juicio profesional médico u odontológico, este sobre beneficio del paciente o el ejercicio estándar del profesional cuando este subordinado a intereses contrarios a sus deberes éticos legales y profesionales bien sea de prestigio promoción social o de naturaleza económica o financiera.

En cuanto a la presunción de conflicto de intereses, a la que hace referencia este decreto, se define, cuando existe un conflicto de parte del profesional que depende de la prescripción o formulación de medicamentos o insumos, dispositivos, procedimientos de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento, terapéutica, rehabilitación o paliación de la enfermedad, así como los estudios dirigidos a ajustar, modificar y actualizar

los planes de salud, el desarrollo estándar de que trata el decreto, y publicación médico científica cuando: los profesionales por intereses económicos, directo o interpuesto por la casa productora, distribuyan o comercialicen medicamentos o insumos, dispositivos, procedimientos de promoción y prevención, diagnóstico, terapéutico o rehabilitación, de igual forma los que lo formulen, o publiquen aceptando los beneficios personales de personas naturaleza o jurídicas, encontrándose en conflictos de intereses a los profesionales de salud que presten el servicio, y declarando que todo médico y odontólogo, se abstendrán de realizar actividades en las cuales sus juicios y decisiones subordinadas a intereses, y difiriendo al logro del beneficio de salud del usuario y además que afecte económicamente al sistema general de servicios en salud.

Se adiciona al artículo 83 de la ley 23/81 y el artículo 79 de la ley 35/89, literal e: cuando el profesional se aparte sin justificación de las recomendaciones afectando financieramente al sistema de seguridad social en salud incurra en multa de 10 a 50 SMMLV y estos recursos se destinarán al fondo de capacitación de los profesionales creado por este decreto; y la superintendencia de salud no podrá en sus funciones obrar en contra de este decreto y si así fuese, se analizará por el comité ético profesional que corresponda.

Artículo 34 se genera una comisión para la reforma de la Ley 35/89 y esta reforma debería presentarse tres meses siguientes a la vigencia de este decreto, esta comisión estará integrada por academia nacional de medicina, asociación Colombiana de sociedades científicas, asociación Colombiana de facultades de medicina, ASCOFAME y el ministerio de protección social para el proyecto de la actualización de la ley 35/89 y tendrá una duración de tres meses a partir de la vigencia de este decreto y en su artículo 36 incluyo dos comisionados expertos a la composición reguladora de salud de forma

transitoria por un periodo de un año es para acelerar procesos de revisión del POS.

Del artículo 37 al 42 la afiliación, es obligatoria para todos los colombianos y residentes del territorio nacional, este se hará una sola vez, en caso de cambio de régimen o novedades, se tomara como novedades, en el marco de la cobertura universal, las personas SISBEN nivel I II III, tendrán acceso a los servicios de salud bajo un régimen subsidiado, el ente territorial deberá adelantar de manera inmediata la afiliación, y estos servicios se darán bajo la fuente de financiación artículo 14 ley 1122/07. **Artículo 39** modifica el literal a del artículo 14 de la ley 1122 del 2007, el cual quedara así el nivel I de SISBEN, recibirá subsidio total o pleno siempre y cuando no esté en régimen contributivo o tenga que estar en él, o en los regímenes especiales y de excepción, y los niveles de SISBEN II y III recibirán subsidio total o pleno siempre y cuando no cuenten con capacidad parcial de aporte además de promocionara a las personas del nivel I y II del SISBEN, para afiliación cuando pierdan la calidad de cotizante.

Artículo 41 hace referencia que las entidades promotoras en salud del régimen subsidiado se denominaran en adelante promotoras en salud y se dará tres meses una vez el decreto este expedido para que las entidades puedan operar, cumpliendo requisitos de habilitación, y de igual forma en su **artículo 41** hace un cambio al artículo 178 ley 100/93, en donde las EPS contributivas seguirán siendo responsables por el recaudo de las cotizantes.

Artículo 44 hace referencia al sistema de registro único de afiliados, el cual será electrónico, y se incorporaran mecanismos biométricos en donde este registro se dará solamente a quien lo administra, el ministerio de protección social y registradora nacional del estado civil, para fines de validación de

información de los afiliados, dada por los mismos afiliados o aportantes y se podrá compartir información con los operadores de la información.

Artículo 46 al 51 trata sobre la financiación de los planes obligatorios de salud, en su **artículo 46** refiere que estos recursos del sistema general social en salud, solo deben ser destinados para estos fines si se destinan o pignoran, titularizan u otra clase de disposición financiera carreará sanciones por las autoridades competentes ya que se declara como practicas inseguras e ilegales.

Para la definición del valor del UPC, se realizaran estudios actuariales y económicos dirigidos a calcular el UPC sirviendo de insumos para la toma de decisiones en el sistema de seguridad social en salud y se ajustaran de acuerdo a la edad, sexo, localización geográfica y otras variables, como por ejemplo el estado de salud de los afiliados; estos datos se tendrán actualizados para tal fin y la sostenibilidad del plan obligatorio de salud de la subcuenta del FOSYGA dedicadas al financiamiento de los servicios de salud del régimen contributivo y subsidiado. En el **artículo 50**, se define que la UPC del régimen subsidiado se reintegrara al FOSYGA para financiar proyectos del plan nacional de salud pública que defina el ministerio de protección social

4.1.7 Decreto 132

Trata de los fondos para el régimen subsidiado el cual se tendrá una cuenta única y el titular serán los entes territoriales, estas cuentas autónomas se abrirán por distritos, departamentos y municipios, estos dineros serán los que irán al régimen subsidiado y solo se destinan para salud, el cual será manejado por un administrador fiduciario y este girara a su vez directamente el dinero a las EPS e IPS según el numero de sus afiliados; la

administración, apoyo técnico y pagos del administrador, saldrán en primera instancia con cargo a los rendimientos financieros de estos recursos.

Los ingresos de la participación en salud se destinarán previo concepto del FONPRES de forma progresiva al régimen subsidiado así: en 2007 el cincuenta y seis por ciento (56%), en 2008 el sesenta y uno por ciento (61%), en 2009 el sesenta y cinco por ciento (65%) y a partir del 2010 aumentará de acuerdo a la graduación de unificación del régimen subsidiado y contributivo sin pasar el noventa por ciento (90%).

Artículo 5 modifica parcialmente los artículos 215 y 216 de la ley 100 del 93 y deroga el literal e del artículo 13 de la ley 1122 del 2007 y la expresión “celebrar contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable” y consagrada en el artículo 44 2 3 de la ley 715 del 2001.

4.1.8 Decreto 133

Artículo 1, en cuanto a los pagos a los prestadores del servicio de salud, se aclara pagar un mínimo del sesenta por ciento (60%) del valor de la factura, dentro de los 15 primeros días mínimos de la prestación de los mismos, y las facturas que se tendrán que devolver se hará dentro de este término de tiempo, explicando el motivo de la factura devuelta; y se deberá pagar los valores no glosados dentro de los treinta días hábiles anteriormente expuestos, en caso que la glosa supere el valor pendiente a pagar, se deberá descontar del siguiente pago, la diferencia de este valor si no se presenta una facturación en los siguientes 60 días calendario, la prestadora deberá devolver en los 10 días hábiles, el mayor valor pagado y en los siguientes 5 días de la glosa levantada se deberá hacer el pago de esta.

Las reclamaciones, cuentas de cobro o facturas, deberán ser dadas a las empresas de pago los 12 siguientes meses prestados los servicios, después de este término, no habrá lugar para la cuentas antes que este decreto entre en vigencia y tendrá un término de 6 meses de la cual se ha prestado el servicio, si después de presentada la glosa en los siguientes 12 meses no hay respuesta, luego no habrá lugar a reclamaciones sobre esta, y si esta glosa se encuentra antes, que este decreto entre en vigencia tendrá un plazo de 6 meses para su respuesta; las entidades del estado o promotores de salud que no paguen durante el termino mencionado anteriormente, se impondrá la mora que refieren las entidades financieras, durante el tiempo que more, y pondrán pactar acuerdos de pronto pago, si se pagan antes del término establecido por la ley, estas disposiciones no aplican para las disposiciones excepcionales de salud, la cual será establecida por el gobierno nacional.

Artículo 2, hace mención a las reglas para las entidades que contratan por capitación, solo se podrán hacer acuerdos por capitación para primer nivel, excluyen los acuerdos a servicios de salud pública y de protección temprana y específica, puestos que deben estar bajo esquema de demanda. Se establecerá indicadores que permitan controlar los acuerdos de estas reglas y solo se aplicaran para los contratos por capitación, en el **artículo 3** habla sobre la presentación de las facturas de los servicios de las cuales las partes acordaran los pagos, no excediendo los 20 días siguiente mes de prestado el servicio, si no se entrega en estos términos se entenderá que se presentara el primer día hábil del siguiente mes.

Se recibirá todas las facturas de los prestadores y no se podrán realizar auditoria previa para retrasar el proceso (exceptuando las auditorias concurrentes que se realicen) y estas serán sancionadas por la superintendencia nacional en salud. Las entidades prestadoras del servicio

de salud y las que pagan en servicio, deberán establecer la facturación en línea de los servicios.

Artículo 5 los entes territoriales, deberán contratar los 30 primeros días hábiles de cada año los servicios de salud para el régimen subsidiado y población vulnerable no asegurada.

Artículo 7 se comentan, que en los distritos municipios o departamentos en donde el servicio de especialista este restringido o limitado, lo podrá realizarla un medico general entrenado, en casos de mediana y baja complejidad, principalmente servicios como ginecobstetricia, pediatría, anestesiología, medicina interna, con el fin de garantizar el acceso a los servicios en salud y estas atenciones no podrán ser glosadas.

Artículo 8 el cual menciona que cuando el CRES haga ajuste e incremento en la unidad de copago por capacitación, las unidades prestadoras podrán negociar, los pagos a que haya lugar los 30 siguientes días calendarios siguientes al ajuste.

Artículos del 9 al 12 definen a las juntas de la empresa social del estado, las cuales a nivel municipal, la conformara el gobernador o su delegado o le jefe de la administración municipal o su delegados; de los comités menciona, que cuando las empresas sociales del estado se fusionen ,la junta, deberá ser hasta 9 personas garantizando la mayor participación del parte de los entes territoriales, sin desconocer la conformación tripartita y las operaciones de la empresa social, podrá ser total o parcial, dependiendo la contratación a terceros teniendo en cuenta si la totalidad del servicio se encuentra externalizada, la junta cumplirá la función de control y seguimiento,

Artículo 13, Establece que las ESE podrán unirse y crear cooperativas para prestar el servicio que requieren. En el **artículo 20** habla sobre el programa de saneamiento fiscal y financiero, el cual se forma con el fin de garantizar la sostenibilidad de las ESEs; dentro de sus funciones tendrá, reorganización administrativa, racionalizar los gastos de reestructuración de la deuda saneamiento pasivo y fortalecimiento de los ingresos, además ser aprobado por la junta directiva adoptado por las ESEs y contara con la conformidad de gobernador o alcalde según sea el caso.

Artículo 21 divide o clasifica el riesgo financiero a las empresas sociales del estado de la siguiente forma: riesgo bajo en empresas sociales del estado, las que son el indicador equilibrio financiero sea igual o mayor a 1,0; las de riesgo medio son aquellas que el equilibrio financiero es entre 0,9 y 0,99 y el de riesgo alto su equilibrio financiero es menor de 0,90, el que no supere este, en un término de 60 días en donde se programara el saneamiento fiscal según lo determina el **artículo 23** y en su **artículo 22** y determina también que estos riesgos serán evaluado en el mes de mayo de cada año. Aclarando en el artículo 23 que las empresas en riesgo medio que a 31 de Diciembre no hayan superado el equilibrio financiero, pasaran a ser empresas de alto riesgo. En los programas de primer nivel cuando es de riesgo alto, será adoptada por las empresas sociales del estado y se hará seguimiento, bajo la dirección departamental y distrital de salud, con reporte periódico al ministerio de protección social y las que corresponden a segundo y tercer nivel de atención de riesgo alto, serán seguidas por la dirección departamental o de salud y el ministerio de protección social, con reporte periódico al ministerio de protección social.

El programa de saneamiento fiscal, no podrá superar dos vigencias fiscales a partir del 31 de diciembre de año el cual se adopta, cuando estos acuerdos

no sean cumplidos serán intervenidas por la superintendencia nacional de salud

En el **artículo 24** señala las causales de que estos programas de riesgo no cumplieran con el saneamiento financiero dentro de estos se contempla, acuerdos de reestructuración pasiva, intervención de la superintendencia nacional de salud y liquidación, suspensión o fusión de la entidad.

Artículo 25 denomina o menciona la liquidación de las empresas sociales del estado, esta continuará según el decreto ley 254/00 y ley 1105/06. En sus **artículos 26 al 30** se menciona los saneamientos pasivos el cual podrán hacer al tiempo en que se establecen los saneamiento fiscales o financieros y ésta será de acuerdo a la ley que lo rige 715/01 y 550/99, 1116/06, además sobre el seguimiento y control de los distritos departamentales y distritos y serán reportadas al ministerio protección social de acuerdo al decreto ley 28/08 y el ministerio de protección social definirá el tipo de documento y el tiempo en que serán entregados los reportes. Cuando suscriban convenio, por saneamiento fiscal y financiero con el estado, estos convenios serán vigilados de forma anual por las instancias ya establecidas en la norma vigente, para las facilidades, de los programas de saneamiento fiscal y financiero, a través, del FINDETER estableciendo créditos blandos de tasa compensadas a largo plazo de acuerdo con la normatividad vigente, además que el gobierno nacional otorgara un recurso presupuestal para el monitoreo y seguimiento de los programas de saneamiento fiscal y financiero de acuerdo a lo establecido en el presente decreto.

4.1.9 Decreto 134

En este decreto, se adiciona al presupuesto de la nación la suma de quinientos cincuenta y ocho mil doscientos cincuenta y cinco millones ochocientos noventa y seis mil pesos (\$558.255.896.000), par al vigencia

fiscal del 2010, adicionando a gastos del presupuesto de la nación, y se traslada del presupuestos de gastos para la vigencia fiscal 2010 mil millones de pesos moneda legal (\$1.000.000.000).

4.1.10 Decreto 135

En este decreto, se distribuye el treinta por ciento (30%) de los ingresos del FRISCO para fortalecimiento del programa de mitigación, prevención, superación y desarrollo del los programas de la política nacional del consumo de sustancias psicoactivas. **Artículo 4**, en su parágrafo 2, corresponde al subdirector jurídico, dentro de las 72 horas

5. ANÁLISIS DISCUSIONAL

Para hablar de seguridad social en referencia al tema de salud, hay que realizar un recorrido de éste a través de la historia, este tema ha tenido una gran influencia en el constante desarrollo y cambio del país, en sus aspectos económicos, sociales y culturales, los cuales han sido determinantes para llegar a lo que hoy llamamos estado de emergencia social.

Colombia es un estado social de derecho por lo que es importante que todos sus habitantes tengan derecho al goce efectivo del servicio de salud, con una proyección clara de calidad, Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad, Participación, que den continuidad en el servicio, sin que se tenga que recurrir al empleo de la acción de tutela por la constante violación de este derecho fundamental, ya que este es uno de las razones por las cuales se llegó al estado de emergencia social.

Ahora bien, antes de la ley 100 de 1993 (sistema General de Seguridad Social en Salud) referente al tema salud objeto del análisis; se tenía una estructura en donde el derecho constitucional a la salud solo accedían personas que estaban laboralmente activas. La constitución política de Colombia, en su artículo 11 cita en los derechos fundamentales, la obligación que tiene el estado en prestar a los colombianos el servicio de salud. Por lo cual nace la ley 100 de 1993; esta ley, se genera a la luz de las desigualdades en salud, por lo tanto parte la historia de la salud en dos etapas, ya que el objetivo de la reforma de ley es dar cumplimiento con lo estipulado en la carta magna y es así como la ley 100/93 pretende dar cubrimiento al cien por ciento (100%) de acceso al servicio de salud a la población; creando dos regímenes: El régimen contributivo y el régimen subsidiado. Los primeros corresponden al grupo de colombianos que laboran de manera formal y por la naturaleza de sus contratos contribuyen al

sistema, financiando una parte de los que pertenecen al régimen subsidiado en salud. De esta forma “se pretendía al 2001 garantizar la afiliación para toda la población Colombiana, Así mismo, estableció que el SGSSS debía crear las condiciones para que todos los habitantes del territorio nacional en el año 2001, tuvieran acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS) y para que en forma progresiva se unificaran los planes de salud de los dos regímenes,”¹¹.

El análisis que se realizó en 1993, se desarrollo con base a unas cifras que eran muy enriquecedoras desde el punto de vista laboral, es importante resaltar que para la fecha existía una mayor estabilidad y formalidad laboral en país lo que habría garantizado una continuidad en el sistema.

Así mismo estableciendo que el SGSSS debe crear criterios para que todos los habitantes tengan acceso al POS de forma progresiva y se unifiquen los planes de salud del régimen contributivo y subsidiado (artículo 162 ley 100 del 1993). En la actualidad existe un gran vacío en el SGSSS, lo que se refleja en la atención que reciben los usuarios del sistema de salud. En estudios realizados se estimo, que “el régimen contributivo llegaría a cubrir un 70 por ciento de la población y el subsidiado en 30 por ciento, pero la realidad actual no refleja lo esperado, mostrando cifras de un 40 por ciento perteneciente al régimen contributivo y un 60 por ciento al régimen subsidiado”¹² lo que refleja la descompensación de todo el sistema, esto a su vez lleva a un balance negativo en la cuenta del FOSYGA del régimen contributivo.

¹¹ Lo básico de emergencia social Abril de 2010. www.dnp.gov.co

¹² Idem

Por otra parte es importante resaltar que en la actualidad existen muchos usuarios del régimen subsidiado debido al estado cambiante en donde las proyecciones se estimarían sobre un aumento de la economía y capacidad laboral, contrario a lo que se proyectó; en el momento contamos con mayores cifras de desempleo, con tendencia al empleo informal, siendo estas una de las causas por lo que los colombianos no son contribuyentes a la salud, debido a la inestabilidad laboral, “sin desconocer que el gobierno invirtió 3,1 billones de pesos anuales con el fin de financiar a 11.5 millones de afiliados del régimen subsidiado”¹³.

Ante esta gran crisis financiera y económica que está cursando el país, los ministros y el presidente de la república en uso de sus facultades el 29 de diciembre de 2009 declaró el estado de emergencia social, consagrada en la constitución política de Colombia, que en su artículo 215 hace referencia. “Cuando vengan hechos que perturben o amenacen perturbar en forma grave o inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública, podrá el presidente, con la firma de todos sus ministros, declara “el estado de emergencia social.”¹⁴ Y aclara “podrá el presidente, con la firma de todos los ministros, dictar decretos con fuerza de ley, destinados exclusivamente a salvar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos”¹⁵. Por lo anterior nos vimos avocados al estudio de emergencia social que tuvo como fin organizar u ordenar el sistema de seguridad social en salud, en busca de generar soluciones principalmente de tipo económico, generando reglas de priorización para el gasto de los recursos financieros en salud, pero sus bases no fueron suficientes para poder lograr lo que se pretende que es compensar un sistema que ha venido generando déficit económico; además que no se puede ver reflejado las

¹³ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia (1991).

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

diferentes posiciones de los implicados en el sistema que son todos, puesto que en algunos decretos se deja ver figuras en los que los profesionales, administradores o los usuarios, no se está de acuerdo.

Los decretos 127 y 130 del 2009, en el cual trata de regular los costos no POS, buscan fuentes de financiación como los impuestos al cigarrillo, tabaco, cerveza, licores, juegos de suerte y azar, que permitieran optimizar los recursos y generando ingresos para el sistema de seguridad social en salud; definiendo el tope máximo del gasto en el POS, por medio del FONPRES (Fondo de prestaciones excepcionales en salud), y este será de igual forma financiado por estos impuestos, es importante resaltar que este fue uno de los puntos que tuvieron acogida en el sistema, pero también es importante ver que estos esfuerzos financieros, pueden solventar parcialmente las cartera de los fondos en salud, ya que las medidas que se deben tomar, deben ser mas de tipo de control y vigilancia para destinación de los dineros que llegan a salud.¹⁶

El decreto 128 cambia el nombre de POS, por prestaciones excepcionales en salud de igual forma que dichos servicios pueden ser financiados total o parcialmente incluyendo los estudios financieros para los pagos y además del uso de ahorros o cesantías en caso que las tenga. Hay que considerar que este decreto fue uno de los mas polemizados, en vista que mucha gente, los usuarios de los servicios en salud, tiene que dejar sus trabajos, por verse afectados en su salud principalmente, por enfermedades de alto costo, además muchos de ellos, no han podido laborar, ya que su enfermedad no se lo permite, además que algunas personas no solamente piensan en su enfermedad, sino también en la posibilidad de dejar a sus familias con

¹⁶ Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social 22 de enero 2010 fundación Corona.http://www.eltiempo.com/colombia/politica/puntos-clave-de-los-10-decretos-de-la-emergencia-social_7019867-1

solvencia económica y este decreto por decirlo de alguna forma, no garantizaría la accesibilidad a los medicamentos, servicios o insumos, si el FONPRES gastas sus fondos y las personas necesiten continuar con los tratamientos o rehabilitaciones, dejando a los familiares en una posición económica no favorable no solo frente a la persona enferma sino también frente a los demás integrantes de la familia.¹⁷

De la misma forma por medio del decreto 129 del 2009 se pretende fortalecer las actividades de vigilancia y control en la administración, y la asignación de los recursos del sistema, al igual que los mecanismos de evasión y elusión de las obligaciones parafiscales, para fortalecer los recursos económicos del CRES con el fin de generar el equilibrio financiero en el sector salud. De este decreto podemos resaltar y no solamente afirmar que una de las causas que ha generado la crisis en salud en la que se encuentra el país, ha sido precisamente por la no solo evasión de los impuestos y parafiscales sino también en el déficit control y vigilancia no solo de los dineros sino también de las actividades a los que van direccionados, y es lo que hoy en día vemos como muchas EPS e IPS, han sido intervenidas precisamente por los malos manejos financieros.¹⁸

El decreto 131 del 2009, crea el comité técnico científico, que dentro de sus funciones se encuentra la de generar y regular la doctrina medica, informar a los jueces la actuación médica cuando estos lo requieran, informar sobre los derechos de los pacientes, los problemas dentro del sistema y lo que no forma parte del sistema del régimen contributivo, asegurando que los

¹⁷ Idem

¹⁸ Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social 22 de enero 2010 fundación Corona.http://www.eltiempo.com/colombia/politica/puntos-clave-de-los-10-decretos-de-la-emergencia-social_7019867-1

recursos de salud se prioricen y por este motivo se regula la atención y la autorregulación de los médicos.¹⁹

Además de dar la función a las sociedades científicas, que determinen los estándares para el acto médico, sin que estos sean obligatorios, teniendo en cuenta que en caso de no ser justificables sean evaluados por pares y posteriormente por el tribunal de ética quien será el que finalmente imponga las sanciones pecuniarias que varían entre 10 y 50 SMLMV. Considero que en este decreto se restringe el acto médico y su libre autonomía, puesto que, cada médico debe, en su saber hacer, tomar decisiones que en determinado caso que

considere necesarias y lo aplique en sus pacientes, y si bien es cierto que este decreto, también obligaría de una u otra forma la actualización de los médicos y odontólogos para disminuir el error médico en sus diagnósticos y tratamientos, es importante resaltar que en determinados casos principalmente los de urgencias en el que se duda un diagnóstico y que comprometa la vida de un ser humano no se sientan limitados para tomar decisiones, además que cada médico en su libre autonomía puede de una u otra forma decidir o diagnosticar de acuerdo a su conocimiento una patología, siendo esto difícil así sea por pares definir si un acto médico es o no necesario.²⁰

Decreto 132, fija pautas para los fondos del régimen subsidiado el cual se tendrá una cuenta única y el titular el ente territorial que girara directamente a las EPS de las regiones. En este decreto hay que considerar que los dineros en ocasiones pueden estar manejados por más de un ente, y de esta

¹⁹ Idem

²⁰ Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social 22 de enero 2010 fundación Corona.http://www.eltiempo.com/colombia/politica/puntos-clave-de-los-10-decretos-de-la-emergencia-social_7019867-1

forma se puedan llevar a actividades a las cuales no fueron destinados, el hecho que el ente territorial maneje estos dineros y los gire a las EPS directamente permitirían ser mayor aprovechados y destinados a las necesidades más urgentes que se tengan.²¹

Decreto 133 se fijan acuerdos de pagos en glosas y facturas de prestadores del servicio y pagadores, fijando fechas límites de pago además de la contratación de hospitales con el régimen subsidiado hasta un 60 por ciento del gasto. En este decreto considero que las glosas a pesar de ser uno de los temas más importantes en las entidades de salud, financieramente, no podemos solamente fijar fechas límites y formas de pago, puesto que muchos nuevamente serian deudores con el tiempo de estas mismas glosas, considero que también deberían generar soluciones encaminadas a ver la posibilidades económicas de las EPS e IPS deudoras para estos pagos y realmente la posibilidad de que se mantengan hasta que se llegue a un equilibrio financiero que les permita funcionar.²²

Decreto 134, adiciona al presupuesto general de la nación cerca de 559 mil millones de pesos con cargo a la cuenta Ecat del Fosyga, este dinero va al Fonpres y al CRES.²³

Decreto 135, dispone del treinta por ciento (30%) de los recursos de Frisco para programas de prevención y mitigación, superación y desarrollo de reducción de sustancias psicoactivas. Uno de los principales problemas en el país y que considero que como política de salud pública es de los que más ha afectado no solo a la población en general, sino, con mayor fuerza, a la

²¹ Idem

²² Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social 22 de enero 2010 fundación Corona.http://www.eltiempo.com/colombia/politica/puntos-clave-de-los-10-decretos-de-la-emergencia-social_7019867-1

población joven son sustancias psicoactivas y la deficiencia en las actividades de prevención y promoción en salud, puesto que incluso enfermedades de alto costo como lo es el cáncer o el VIH (SIDA), se pueden adquirir no solo por una vida sexual desordenada sino también por el uso de drogas psicoactivas endovenosas. De igual forma el no educar a la población al cuidado de la salud previniendo con pautas de vida saludables, para que nuestros jóvenes no enfermen casa vez más a temprana edad aumentando más las enfermedades crónicas en nuestro país.²⁴

Por tal motivo, se crean los decretos que al analizarlos; estudian, definen y regulan gastos y competencias de las directrices administrativas, profesionales y de usuarios integrantes del SGSSS, este es uno de las principales polémicas que se ve envuelto el Estado de Emergencia Social, ya que para estos decretos se debieron tener en cuenta la posición de los diferentes actores, ya que la salud es un tema que afecta a todos, como se ha venido mencionando, trabajadores, usuarios, administradores de IPS/ EPS, y en general a todas las personas, por tratarse de un servicio básico y además un derecho fundamental.

En el caso particular de los usuarios, en uno de sus comunicados a la opinión pública, manifiestan que no se les tomo en cuenta en las decisiones, que fue un fallo muy inequitativo para los directamente implicados, principalmente resaltan el hecho de usar las cesantías para pagar su salud, puesto que algunos de ellos ni siquiera han podido trabajar precisamente por su enfermedad y están condicionados a sus familiares, por lo tanto exigen que sean nuevamente evaluados los decretos pero en esta ocasión teniendo en cuenta la voz del usuario.²⁵

²³ Idem

²⁴ Idem

²⁵ Comunicado de la asociación Colombiana de sociedades Científicas. 30 de enero 2010. <http://notasobreras.net/>

Por otro lado, la asociación Nacional de sociedades Científicas, en un comunicado a la opinión pública del 29 de enero 2010, en pleno, rechazan los decretos, ya que lo refieren, como atentado al derecho fundamental de la salud y vulneración del ejercicio autónomo profesional de la salud, calificando como un peligro en la seguridad y la calidad de los servicios en salud.²⁶

Por otra parte el 3 de Diciembre del 2009 la ACHC (Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas), envía un comunicado al ministerio de protección social, en el cual muestra de forma muy generosa, por medio de un estudio la situación financiera y morosa del sector salud, señalando los compromisos contributivos, subsidiados y del estado, moroso, que cada vez y especialmente en los últimos años se ha venido incrementado de manera acelerada, solicitando, que si bien es cierto, que los impuestos sobre actividades que debilitan la salud como lo son el cigarro y el licor pueden solventar en algo la crisis, también es cierto, que hay que tomar nuevamente el sistema y recalcar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con el fin de disminuir la consulta por enfermedades, que aumenta los costos; como lo dice el comunicado textualmente “este hecho parece indicar que la población se está moviendo mas en el circulo asistencial que en el preventivo y eso algo que debe ser aclarado en sus causas, pues de continuar igual haría que el modelo fuera más demandante de todo tipo de recursos y no obtendría equilibrio en el mediano plazo” de igual forma también recalcan la importancia de la vigilancia y el control de los dineros que llegan por salud.²⁷

La Federación médica Colombiana en su boletín del consumidor de medicamentos, numero 20 de enero 2010, hace un análisis a todos los decretos recalcando y analizando que si bien es cierto que la principal idea

²⁶ Idem

²⁷ CARTAMPS.pdf diciembre 3 2009 comunicado de ACHC

de los decretos es concentrarse en el ente tributario para generar más dineros y así cubrir parte el desfase económico, también detallan, los llamados decretos que según como lo identifican, son los decretos de contener gastos y racionalizar los recursos (decretos 126-128-131 del 29 diciembre de 2009) refiriendo en este caso el eje farmacéutico; son los medicamentos no POS una de las fuentes que está desestabilizando el sector salud, haciendo referencia a la política de desregulación y liberación, (circular 04 de 2006), liberando todos los precios de medicamentos llevando a la situación actual en donde la no regulación de precios permite el sobre costo de los mismos.²⁸

Los farmacéutas aplauden el hecho de regular el costo de los medicamentos de forma nacional pero también mencionan que se haga de forma internacional además de que por estos ajustes no sean los usuarios y los médicos en su ejercicio profesional limitados al uso de estos como lo dicen los decretos.²⁹

El presidente de Sanitas EPS Roberto Cochetoux, en entrevista realizada por la revista portafolio en fecha de 27 de enero de 2010, considera que la emergencia social es un recurso para cambiar la ley 100 y que muchos de sus contenidos no son bien reflejados principalmente en los usuarios, en los médicos y en los administradores de salud, en el caso de los usuario refiere, que es grave que para acceder al servicio no POS, un usuario del sistema deba encontrarse en peligro su vida, por otra parte hace referencia a la relación del servicio POS y la capacidad de pago por parte del usuario contando además con las cesantías para sufragar los gastos además de que haya dinero en el FONPRES, de lo contrario debe acceder a un crédito,

²⁸ Asociaciones medicas respaldan emergencia social Enero 2010
<http://www.altaconsejeriapresidencial.gov.co/Es/Paginas/AltaConsejeriaPresidencial.aspx>

dilatando la enfermedad y poniendo en un verdadero riesgo la salud del usuario y las complicaciones de su enfermedad.³⁰

De igual forma hace referencia a la “autonomía médica” puesto que la autonomía se basa en las normas y criterios y estas a su vez de no ser cumplidas terminarían en sanciones a los médicos.

El 24 de enero 2010 en una rueda de prensa las facultades de Medicina y Odontología en cabeza del doctor Gustavo Malagón Londoño presidente de la asociación de facultades de medicina y odontología expreso que están de acuerdo con los decretos de emergencia social; en cuanto a la autonomía a que hacen referencia, dice que ve con buenos ojos ya que esto permitirá auto regular el ejercicio profesional.³¹

De igual forma en un análisis de un grupo de profesores de planta del postgrado de administración en salud, y escrito por el médico y magister en salud pública, Francisco José Yepes Luján, publicado en Junio 2010, titulado Ni Emergencia, ni Salud de la Población, en donde en cinco puntos calves el cual dividieron su artículo dejan entrever los inaciertos de esta declaratoria, ya que están de acuerdo que son eventos que se venían presentando desde hace mucho tiempo atrás y que era conocido esta crisis sin dar una solución por mucho tiempo además muestran que los aumentos desacelerados de las tutelas no tienen fundamentos ya que estas tutelas no se generan por “eventos exóticos, salvo en caso excepcionales, el grueso de las mismas

²⁹ Camilo Hernández, 6 de abril del 2010. http://notasobreras.net/index.php?option=com_content&view=article&id=319:la-emergencia-social-y-el-negocio-de-los-medicamentos&catid=4&Itemid=22

³⁰ emergencia social ha sido aprovechada para hacer modificaciones a la ley 100. <http://actualicese.com/noticias/portafolio-emergencia-social-ha-sido-aprovechada-para-hacer-modificaciones-a-la-ley-100-presidente-de-sanitas>. Portafolio .co, 27 de Enero 2010.

³¹ La opinión, sigue debate por decretos de emergencia de salud, 24 Enero 2010, Bogotá Colprensa http://www.laopinion.com.co/noticias/index.php?option=com_content&task=view&id=344020&Itemid=4

corresponden a patologías que representan el 28%, de la carga de la enfermedad estimada para el país en 2005” además agrupan los problemas centrales de emergencia social en tres tipos “estructurales, de operación y de resultados”³² mostrando en cada uno de los temas la no organización que el país tienen las políticas en salud además de las normativas que hacen más difícil y compleja la prestación de los servicios y de igual forma el no control y vigilancia de los servicios y dineros de salud que son mal utilizados, y la inadecuada prestación de los servicios a la población. Finalmente concluyen que dentro de las consecuencias de la emergencia social “no hay hechos inusitados, los decretos no responden a los problemas centrales del sistema y por el contrario, agravan los ya existentes y crean nuevos”. Y proponiendo un debate nacional, democrático sobre el sistema de salud que necesitamos los Colombianos.³³

En otro documento (Ensayo) publicado en Junio 2010, por el Economista Jaime Ramírez Moreno, profesor de la Universidad Pontificia Javeriana, titulado, Emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana, en donde muestran de forma más amplia lo que significa el Sistema General Social Colombiano en Salud, como se divide la salud (régimenes) que significa cada régimen, los planes en salud que contiene cada régimen y sus principales fuente de financiamiento, y principalmente define la argumentación central de los hechos de la emergencia social, de acuerdo al ensayo de Ecónomo, refiere “el punto central de la argumentación de la emergencia por parte del Ministerio de la Protección Social lo constituye la afirmación de que “existe un crecimiento abrupto y acelerado de la demanda de servicios y medicamentos no incluidos

³² Ni emergencia ni salud, Revista. Gerencia y. Políticas de Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 30-40, enero-junio de 2010, Francisco José Yepes Luján.

³³ Idem

en los planes obligatorios de salud y una falla en el flujo de recursos”³⁴, en donde resalta y muestra que las tutelas en su mayoría son servicios que los cubre el POS, “indicativos de barreras de acceso a los servicios de salud”, además, que muchas de las patologías crónicas lo que “mostraría una falta de actualización de integral de las tecnologías usadas en los tratamientos”.³⁵

Por otra parte hace referencia a los problemas de liquidez y de cartera de los hospitales, de los cuales concluye “las deudas del sistema con los prestadores no se presentan por la falta de recursos, sino por el incumplimiento del Gobierno Nacional y de los gobiernos locales en el giro de los recursos, incumplimiento derivado de una deficiencia técnica y política en el sistema de cofinanciación de la UPC por fuentes de financiamiento (Fosyga, SGP y recursos propios municipales y departamentales)” mostrando graficas de carteras de algunos hospitales y del Fosyga, llegando a la conclusión que estos problemas financieros no son sobrevinientes como lo decreta la corte constitucional en sus sentencias. Para concluir en su ensayo “ni las reclamaciones de las tutelas y recobros ni la cartera de los hospitales, tanto en su impacto como en su composición afectan de forma grave la estructura financiera del sistema, el verdadero reto financiero lo constituye, ... la unificación de los planes en salud en función de las necesidades de la población, y no en virtud de discriminaciones regresivas asociadas con la capacidad de pago de pacientes y afiliados”³⁶ en otras palabras el economo reconoce que si bien es cierto que existen grandes problemas financieros no solo de cartera e liquidez de hospitales sino también de aumento de los servicios no POS por medio de las tutelas, estos no son inusitadas para

³⁴ La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana Revista. Gerencia. Política de. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio de 2010 Jaime Ramírez Moreno

³⁵ La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana Revista. Gerencia. Política de. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio de 2010

³⁶ Idem, pág. 53

conllevar a un estado de emergencia social puesto que sin situaciones que se pueden corregir además muestra de forma muy dicente que se debe en muchas circunstancias a problemas de no control y vigilancia de los servicios y sus pagos además de las barreras de acceso a los servicios, que no se podrán compensar con los impuestos propuestos por los decretos y que finalmente, así la ley 100 del 1993 propone dentro de sus principios la equidad, universalidad, no existe en el momento garantías que esto se está cumpliendo como lo ordena la ley, para ser unificados los planes en salud.³⁷

En conclusión se observa que no existe una posición definitiva por parte de los diferentes actores, es importante resaltar que todos coinciden en que estos decretos necesitan ser más específicos y algunos artículos analizados con mayor profundidad, también es importante hacer nuevos cambios a la ley de salud en nuestro país; como lo son los cambios y actualización del POS, ampliando mas lo servicios a través de un análisis de las enfermedades recurrentes en Colombia, ahora bien, no se debe desconocer que hay unos decretos que son beneficiosos para el sistema como lo son los impuestos, la priorización en urgencias sin tener en cuenta la seguridad del usuario, estos no son definitivamente la solución de los problemas que se han venido generando con el tiempo, pero en estos momentos pueden ser medidas útiles, para la estabilidad del sistema, a pesar que sabemos que no es suficiente, estas estrategias de cambios o reformas a la ley en salud permitirán la flexibilidad en los servicios prestados, ya que el constante cambio de afiliación que con el tiempo se estaba presentando en los dos regímenes y la inestabilidad de estos, no permitían la continuidad y como lo dicen en los principios de la ley 100 de 1993 la universalidad y equidad de los planes en salud y su definitiva unificación.

³⁷ La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana
Revista. Gerencia. Política de. Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 124-143, enero-junio de 2010

¿Cuál fue la decisión de la corte constitucional, frente a estas opiniones de los diferentes grupos pertenecientes al SGSSS, ya que se generó toda una polémica a la luz de la publicación de los decretos principalmente declarándolos decretos ley?

La corte constitucional presidida por el Doctor Mauricio González, declaró los decretos de emergencia social como inexecutable, dejando claridad que hasta el 16 de diciembre del 2010 se mantendrá los cambios impuestos en los decretos que permite mantener el sistema general (fuentes tributarias), inciso 2 de la sentencia C 252 del 2010. Magistrado Ponente el doctor Jorge Iván Palacio Palacio.

El magistrado “Jorge Iván Palacio Palacio, presentó la ponencia ante la corte constitucional del Decreto Legislativo 4975 de 2009, declaratorio del estado de emergencia social, con el propósito de definir si la grave crisis que afecta la viabilidad del sistema general de seguridad social, corresponde a una situación excepcional o por el contrario es la causa de los malos manejos que se han venido dando al sistema, por lo anterior la corte constitucional declaró el “decreto 4975 de 2009 inexecutable, con efectos diferidos respecto de los decretos de desarrollo que establezcan fuentes tributarias de financiación a partir del 16 de diciembre”³⁸

“La Corte no encontró evidencia de hechos sobrevinientes, toda vez que coligió la existencia de una problemática de índole estructural generada de tiempo atrás asociada con el diseño, organización y sostenibilidad del sistema de salud, además de disponer de mecanismos ordinarios para conjurar la actual situación, por lo que la declaratoria de la emergencia social

no cumple los presupuestos materiales y en consecuencia el decreto declaratorio resuelta inexecutable. Respecto de la inexecutable diferida, esta decisión fue adoptada en desarrollo de la facultad que tiene para fijar los efectos de sus decisiones y de la consideración de su misión de conciliador del derecho positivo con los dictados de la equidad propios de una situación concreta”³⁸ comunicado de la corte constitucional número 20 del 16 de Abril 2010. En otras palabras los decretos no nacieron de un riesgo extraordinario sino de un evento en el cual su estructura como lo muestra la ley 100 del 1993, documento que como ya se había analizado no fue suficientemente flexible a los cambios económicos, sociales y políticos del país generando de forma crónica pero conocida la decadencia de la estructura económica y de servicios de nuestro sistema en salud y que además este proceso por ser un derecho fundamental y un servicio público, debe ser puesta en discusión por todos los actores en salud.

Es claro para el cuerpo colegiado que el sistema de salud en Colombia no ha sufrido una disminución económica por causas excepcionales, si no que es el resultado de una ley que desde sus inicios presento estudios que para nada mostraba la realidad social, económica y política del país, además que estos eventos se pueden resolver por otras vías diferentes a la emergencia social teniendo en cuenta hechos conocidos desde hace mucho tiempo como la no actualización de las leyes en salud y en el plan de servicios ofrecidos y que además ha tenido que sufrir la falta de control político y la corrupción de las entidades por más de una década lo que era de esperar su fatal desenlace.

Es importante resaltar los votos de salvamento presentados por los magistrados Jorge Iván Palacio y Gabriel Eduardo Mendoza Martelo que específicamente manifestaron su desacuerdo con la parte resolutive que

³⁸ CORTE CONSTITUCIONAL comunicado 20. www.corteconstitucional.gov.co

³⁹ Idem

otorga efectos diferidos a algunos decretos de desarrollo que establecen fuentes tributarias de financiación, que no es otra cosa que permitir que algunos de los decretos sigan vigentes en el ámbito jurídico, lo que haría referencia a una inexecutable condicionada, como lo menciona “la solución al déficit presupuestal en salud, no debe limitarse a aliviar el aspecto legal de sistema de salud. Deben atacarse las causas que propician el desequilibrio financiero antes que sus efectos. De lo contrario. Sería realizar grandes esfuerzos fiscales para tratar de llenar un “saco roto”, como lo sostuvo uno de los intervinientes. Ello dado la presencia de fenómenos como la evasión, elusión, ineficiencia administrativa y corrupción”⁴⁰

¿Qué artículos se derogaron?

En la parte resolutive numeral primero se declara inexecutable el decreto 4975 de 2009 “por el cual se declara el estado de emergencia social” , encontrando que sus causas no son suficientes y totalmente justificadas para declarar emergencia social analizándolo desde el punto constitucional artículo 215 de la CPC, puesto que no se genera de un riesgo inminente para el desequilibrio del país sino una situación que venía sucediendo desde hace mucho tiempo atrás mostrando la no proyección del sistema de seguridad en salud y la no renovación de acuerdo al estado cambiante del país, además de la no actualización de los planes en salud el cual género colapso principalmente financiero de la salud.

De igual forma desde el decreto 126 al 135 se declararon inexecutables puesto que no se encuentran fundamentos para su viabilidad. Aunque la corte constitucional dejando vigentes hasta el 16 de diciembre el decreto de ley 127 2010 destinándose en su totalidad principalmente a los hospitales públicos al régimen subsidiado o los llamados vinculados, decreto que se habla sobre los impuestos sobre los licores cervezas, juegos de suerte y

⁴⁰ CORTE CONSTITUCIONAL comunicado 20. www.corteconstitucional.gov.co

azar, y cigarrillos, como fuente en el momento para la sostenibilidad financiera del sistema de seguridad social en salud

Una de las propuestas para derogar los decretos de emergencia social fue presentada por el senador Juan Manuel Galán y el Representante a la Cámara Simón Gaviria, y su propuesta radica que los usuarios ya no tengan que pagar los tratamientos médicos como lo estipula el decreto ley.

Es claro rescatar de estos decretos algunas cosas muy puntuales, permitieron nuevamente mirar el desfase económico que cada vez era mayor y que no se había querido hablar con claridad, de igual forma, despertar a las diferentes asociaciones en salud, con relación a las acciones de las cuales se debe ser veedor de las actividades que se vienen generando y plantear estrategias desde los diferentes líderes en salud, de igual forma concientizar a los usuarios de las oportunidades de salud y como en algunos momentos se aprovechan para destinos no claros e incluso corruptos y los cuales no se denuncian.

A través de este documento hemos analizado como Colombia es un país cambiante y de ahí el hecho que por medio de una llamada emergencia social se trate de dar soluciones a los estados financieros de la salud del país, que día a día, tanto profesionales de salud, como usuarios observan su deterioro; los profesionales cada vez son más vetados para poder solucionar las enfermedades o cuidar la salud de los usuarios, y a los usuarios, se les limitan las posibilidades de adquirir un servicio de salud, que son negados una y otra vez, y de los cuales tienen derechos, además que por iliquidez en muchas ocasiones, algunas instituciones de salud son negados o en ultimas cerradas las puertas porque no se pueden atender, al no cumplir con ciertas condiciones de contratación o documentación para la prestación del servicio, y en otras situaciones, incluso, el cerrar las instituciones en salud generando

incertidumbre, no solo por parte de los usuarios, sino, también de los profesionales de salud.

Frente a esto, el gobierno trata de solucionar de forma inmediata, los problemas principalmente financieros, de la prestación de los servicios de salud a los usuarios y de igual forma de controlar y vigilar las finanzas y servicios en salud. En vista del gran hueco que se está ahondando en salud, declara emergencia social decreto 4975 expedido en diciembre de 2009, dando una solución a estos problemas de forma parcial, es así, como se crea los decretos y sus puntos a resaltar desde la prestación de servicios, vigilancia y control de estos servicios y la descongestión de los servicios no POS, que por su aumento desacelerado en los últimos años de remisión y uso de estos, han incrementado las cifras económicas de forma negativa en los libros contables de la salud, además de planear financieramente el ingreso económico de actividades, que paradójicamente son los principales problemas graves en salud como lo son el consumo de cigarrillos y alcohol, además de los juegos de azar y suerte como la loterías.

Es bueno concluir algunas cosas, ante la luz de la derogación de los decretos de emergencia social y ante la constante inquietud de todas las partes del sistema, definitivamente se necesita una reforma en salud y aunque estas son situaciones, que como lo dice la corte suprema, “no es una emergencia social” debido a la misma naturaleza naciente de la crisis, siendo este un problema crónico de estructura, en donde la ley 100 de 93 no permite grandes cambios como hoy en día se presenta, es el momento limite que exige un cambio en las normas y leyes en salud, que deben ser progresivo pero definitivo y que permita solventar esta situación o crisis en salud.

Hay que considerar que definitivamente no todo los decretos fueron negativos porque ayuda a enfrentar esta situación que ya se conocía de

insostenibilidad financiera y de servicios y por supuesto desde el punto de vista de los usuarios los no servicios brindados, aunque las soluciones realmente no son lo suficientemente completas, es una controversia la idea que las personas paguen su salud con prestamos e incluso sus propias cesantías ya que es un alto valor, principalmente si se es consciente que las enfermedades que en estos momentos más aquejan nuestro país pertenecen a las enfermedades denominadas de alto costo, enfermedades crónicas que como bien se mencionaban son prevenibles, pero que cada vez nuestra población a más temprana edad la padece y sus complicaciones aparecen con mayor agresividad.

Siempre se ha hablado de hacer promoción de la salud y prevención de la enfermedad ya que es de la única forma (educando) que se detiene la consulta médica por enfermedades sin solución (crónicas y/o prevenibles) y de esta forma disminuir los costos por patologías de alto costo y lo que por cultura aun no se aprende. Invertimos mas en infraestructura que en educación al usuario y al trabajador, para que cuide su salud, su vida, aprenda sobre su autocuidado, además de la racionalización de los insumos médicos, los medicamentos y su utilización.

CONCLUSIONES

A través de el análisis podemos definir cosas muy importante e interesantes en cuanto a este tema; una de ellas es que definitivamente en este momento necesitamos un cambio en los lineamientos para la salud que favorezcan a todos, ya que como hemos visto no todos los actores participes de la salud están de acuerdo con las propuestas generadas y que definitivamente afectan a algunos.

A través de los diferentes decretos que se analizaron podemos definirlos en cada campo de salud, en donde se atribuyen puntos clave para ordenar las posibles soluciones a los inconvenientes que se presentan en esta crisis, como lo son el no pago de facturas de los servicios prestados, la evasión o elusión de los dineros mal manejados, de igual forma hay que darle el valor a la decisión de priorizar y dar importancia a la prestación del servicio principalmente urgencias, para evitar que las personas se desestabilicen cuando llegan a urgencias y por no corresponder a un nivel de atención o sencillamente porque no están contratados con determinada EPS/IPS, terminen en situaciones más críticas de salud o incluso la muerte, acá se puede rescatar que definitivamente se debe reforzar el hecho de atender y estabilizar todas las urgencias por beneficio del usuario, además del hecho de la nueva modalidad de cobro de cuentas y su clasificación, considerando que realmente es hora que las entidades de salud de forma administrativa, se respalden pero se organicen, primero por la misma solvencia de la entidad, y por la salud de los usuarios y bienestar.

De igual forma el tipo de contrato que se le brinda al trabajador de la salud, en el cual no se le garantiza estabilidad laboral, ni económica debido a los cierres de las entidades prestadoras y administradoras de salud, que cada vez suceden con mayor frecuencia por el desbalance negativo de su cartera

y la vigilancia y control que se debe realizar minimizando los pasos de los dineros de salud que da el estado permitiendo llegar estos dineros directamente a los administradores, de los sitios en que se necesitan para fortalecer la salud.

Algo que también podemos tener en cuenta, es que se necesita contar con las opiniones de los diferentes actores que permitan ver todas las realidades en salud (profesionales, usuarios, administradores de EPS e IPS privadas y oficiales, asociaciones científicas, estudiantes de salud y demás entidades) que permitan generar decretos o leyes, que no solamente sea sostenibles sino también flexibles a los diferentes actores favoreciendo a cada uno de ellos.

Es importante resaltar que las actividades de promoción y prevención son las que realmente puede cambiar la consulta curativa a la que estamos acostumbrados y con la que definitivamente se lograría más impacto en la salud, teniendo en cuenta que es menos desgastante para el usuario desde calidad de vida y bienestar en salud y por otro lado favorables económicamente para los prestadoras del servicio en salud.

Definitivamente el hueco fiscal en salud es bastante profundo y a pesar que no será una solución definitiva, el incremento en los impuestos de uno de los tantos causantes generadores de los problemas en salud de tipo crónico (cigarrillo y alcohol) y los cuales terminan en enfermedades de alto costo, es una forma no directa de educar a la gente y a estas empresas que cada vez permiten aumentar más el consumo de sus productos, sin controlar su uso nocivo entre la población de todas las edades; pero esta solución no es suficiente para solventar la crisis financiera en salud, hay que tomar medidas económicas más sostenibles de una forma de inmediato, mediano y largo plazo y lo más importante flexibles a los cambios socioeconómicos del país.

La ley es cambiante a medida del crecimiento del país y por ello de igual forma con el paso del tiempo se debe ir reestructurando las leyes para así evitar a futuro situaciones tan graves e incluso en algunos sectores insostenibles financieramente, generando crisis situacionales como la que se analiza en este documento.

Dentro de las principales causas de la crisis se encuentra el aumento desacelerado en los últimos años de los servicios del no POS por medio de las tutelas principalmente, a pesar que como sé tomo de un estudio del doctor Yepes estas tutelas, en su gran mayoría son sobre servicios contemplados en el POS, si es importante resaltar que se debe en forma constante la renovación del POS de acuerdo al cambiante estado de salud del país.

Así mismo hay que reconocer que el cambio permanente de los contratos laborales no permite una constante permanencia en los usuarios de forma laboral que permitan la sostenibilidad de los regímenes contributivos y subsidiados, generando una línea cambiante en el sistema de salud en un tiempo que permita hacer proyecciones financieras.

En conclusión la Emergencia social es un hecho crónico como lo determina diferentes autores, el cual muestra que estos eventos, han venido ocurriendo durante mucho tiempo y de lo cual se conocían las causas, por lo tanto declarar emergencia Social, como tal no da lugar en esta situación en salud, en donde como vimos se necesita más vigilancia y control; y definitivamente un cambio en las políticas de salud que determina las leyes; políticas mas flexibles con menos tramitología que permita el acceso a los programas en salud para así poder brindar una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Asociación Bioética contra los decretos de Emergencia social. Asociación de Bioética, en contra de los decretos de Emergencia Social - Salud, Medicina y el Cuerpo - ELTIEMPO_COM.mht
- ✓ Asociaciones medicas respaldan emergencia social Enero 2010 <http://www.altaconsejeriapresidencial.gov.co/Es/Paginas/AltaConsejeriaPresidencial.aspx>
- ✓ Pirámide de Maslow, http://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow. Wipipedia, La enciclopedia Libre,
- ✓ Caída de Emergencia social deja sin efectos el control a los aportes de los independientes abril 2010 <http://www.actualicese.com/actualidad/>
- ✓ CARTAMPS.pdf diciembre 3 2009 comunicado de ACHC
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Constitución Política de Colombia (1991). Por lo cual se
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto 4975 (23 de Diciembre de 2009). Por el cual se declara el Estado de emergencia Social.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 126(21 de Enero de 2010).Por el cual se dictan disposición en materia de inspección, vigilancia y control de lucha contra la corrupción del Sistema General de Seguridad Social en salud se adoptan medidas disciplinarias penales y se dictan otras disposiciones.

- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 127(21 de Enero de 2010).Por el cual se adoptan medidas tributarias.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 128(21 de Enero de 2010).Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 129(21 de Enero de 2010).Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social y se dictan otras disposiciones.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 130(21 de Enero de 2010).Por el cual se dictan disposiciones de monopolio rentísticos de juegos de suerte y azar, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de Diciembre del 2009.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 131(21 de Enero de 2010).Por medio del cual se crea el sistema técnico científico en salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 132(21 de Enero de 2010).Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian régimen subsidiado de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 133(21 de Enero de 2010).Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 134(21 de Enero de 2010).Por el cual se modifica el presupuesto general de la nación para la vigencia fiscal de 2010.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Decreto Ley 135(21 de Enero de 2010).Por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la policía nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto y se dictan otras disposiciones.
- ✓ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 100 (23 de Diciembre de 1993). Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.
- ✓ Comunicado de la asociación Colombiana de sociedades científicas a la opinión pública.
- ✓ http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/actualidad/comunicado_de_la_a_c_s_c.pdf
- ✓ Comunicado de la asociación Colombiana de sociedades Científicas. 30 de enero 2010. <http://notasobreras.net/>

- ✓ Conclusiones debate sobre decretos de Emergencia Social en Salud por el Concejal y Médico Fabio Rivera. miércoles 10 de marzo de 2010
- ✓ Corte tumbo la emergencia social, pero dejo vigente el impuesto a la cerveza. <http://www.portafolio.com.co/>
- ✓ Crece polémica por decretos de emergencia social febrero de 2010.
- ✓ Declaran constitucional decretos de emergencia social
ELESPECTADOR_COM.mht 'Emergencia Social ha sido aprovechada para hacer modificaciones a la Ley 100': presidente de Sanitas Enero 27 de 2010
- ✓ Declaratorio del estado de emergencia social. 20 abril de 2010 CORTE CONSTITUCIONAL comunicado 20.mht
- ✓ El proyecto de ley para el sistema de salud 19 de Abril 2010
<http://www.actualicese.com/noticias/dinero-el-proyecto-de-ley-para-el-sistema-de-salud/>
- ✓ Emergencia Social prácticamente elimina servicios que están fuera de los planes de salud (POS) Enero 2010
http://www.eltiempo.com/colombia/politica/la-emergencia-social-practicamente-elimina-los-servicios-no-pos_7019270-1.
- ✓ Emergencia Social: conclusiones de un debate
Cehttp://www.portafolio.com.co/opinion/analisis/ARTICULO-WEB-NOTA_INTERIOR_PORTA-7401071.htmlrrar
- ✓ Emergencia Social: conclusiones de un debate.

Cehttp://www.portafolio.com.co/opinion/analisis/ARTICULO-WEBNOTA_INTERIOR_PORTA-7401071.html

- ✓ Estudia de exequibilidad de emergencia social en salud Abril 2010.
<http://www.usofrenteobrero.org/index.php>
- ✓ Expediente RE-152 Sentencia C-252/10 M.P. Jorge Iván Palacio Palacio sentencia C 252 Abril 2010. El magistrado Jorge Ignacio Pretelt acl<http://www.actualicese.com/normatividad/2010/04/16/sentencia-c-252-de-2010/>
- ✓ Foro sobre emergencia social en salud este viernes en la UNAB. Febrero 2010. <http://www.mineduccion.gov.co/cvn/1665/propertyvalue-35091.html>
- ✓ <http://fabiohumbertorivera.blogspot.com/2010/03/conclusiones-debate-sobre-decretos-de.html>
- ✓ http://www.portafolio.com.co/economia/economiahoy/ARTICULO-WEBNOTA_INTERIOR_PORTA-7055409.html
- ✓ <http://www.semana.com/multimedias-especiales.aspx>
- ✓ Inexequibilidad decreto 128 abril 2010.CORTE CONSTITUCIONAL comunicado 21.mht
- ✓ Lo básico de emergencia social Abril de 2010.www.dnp.gov.co

- ✓ Los decretos de emergencia social NO HAN MODIFICADO el contenido del PLAN OBLIGATORIO DE SALUD – POS al que tienen derecho los colombianos abril. <http://www.pos.gov.co>

- ✓ Médicos piden no politizar el debate de la emergencia social, febrero 12 2010. <http://www.todelar.com/>

- ✓ Puntos clave de los 10 decretos de la Emergencia Social 22 de enero 2010 fundación Corona.http://www.eltiempo.com/colombia/politica/puntos-clave-de-los-10-decretos-de-la-emergencia-social_7019867-1

- ✓ www.emergenciasocialcolombiana.com

- ✓ Ni emergencia ni salud, Revista. Gerencia y. Políticas de Salud, Bogotá (Colombia), Sup. 9 (18): 30-40, enero-junio de 2010, Francisco José Yepes Luján.

GLOSARIO

ACHC: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

ASCOFAME: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

CRES: Comisión Reguladora de Salud

DIAN: Dirección de Impuestos y Aduana Nacionales de Colombia

ECAT: Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito

EPS: Empresas Prestadoras del Servicio

ESE: Empresa Social del Estado

ETESA: Empresa Territorial para la Salud

FINDETER: Financiera de Desarrollo Territorial S.A.

FONPRES: Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

FRISCO: Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicio

NO POS: No Obligatorio dentro del Plan Obligatorio de Salud

OTC: Organización Técnico Científica

PILA: Planilla Integrada de Liquidación de Aportes

POS: Plan Obligatorio de Salud

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SISBEN: Sistema de Identificación de potenciales Beneficiarios para los programas Sociales

SMMLV: Salarios Mensuales Mínimos Legales Vigentes

UGPP: Unidad Administrativa Especial de Gestión pensional y contribuciones Parafiscales de la Protección social

UPC: Unidad de Pago por Capitación