



RESUMEN ANALÍTICO DE INVESTIGACIÓN
-RAI-
SALUD EN COLOMBIA ES UN DERECHO FUNDAMENTAL PARA TODOS SIN
VULNERACIÓN NI LIMITACIONES *

AGUILERA, José Ernesto**

PALABRAS CLAVES

Misalud; DANE; Estatuto de Seguridad Social y Pensiones; Rendición de Cuentas informe de Gestión 2018

DESCRIPCIÓN

El sistema de salud colombiano tiene sus defensores y sus detractores. Lo incomprensible es que, al nivel del diagnóstico, y a pesar de sus visiones antagonistas, ambos grupos tienen razón. En otras palabras, como lo veremos estos dos enfoques son las dos caras de una misma moneda.

En efecto, tienen razón en el Ministerio de Salud y Protección Social cuando dicen que el sistema de salud colombiano ofrece mucho a sus usuarios, en particular da acceso a tratamientos relativamente recientes, a pesar de que son tratamientos costosos y que, por otro lado, los colombianos pagan una fracción muy baja directamente de sus bolsillos. Los gastos de bolsillo, determinados por los mecanismos de co-pago y las cuotas moderadoras son muy bajas en Colombia, lo que implica que, para un hogar

colombiano es casi imposible “romper” por las consecuencias financieras de los riesgos de salud. El Ministerio tiene razón de subrayar lo anterior, dado que es un atributo muy positivo del sistema de salud colombiano, incluso que países desarrollados podrían envidiar.

Pero al mismo tiempo, los detractores del sistema de salud tienen algunas críticas válidas. La realidad cotidiana que muchos usuarios del sistema de salud enfrentan en Colombia, las trabas administrativas, generalmente igual de dañinas que innecesarias, impuestas por algunas EPS a sus usuarios, o la negación de tratamientos que deberían cubrir, los tiempos de espera demasiado largos para la consecución de una cita que puede ser urgente hace que en diferentes encuestas los usuarios se declaren

insatisfechos con la calidad de la atención recibida y del sistema de salud en su conjunto.

Si estas dos visiones opuestas son ambas ciertas, la primera conclusión que podemos formular es que seguramente la mejor solución no es cambiar todo del sistema de salud, porque en este caso tomaríamos el riesgo de perder los avances obtenidos en estas últimas décadas posteriores a la Ley 100. La segunda conclusión es que, es importante entender muy bien las fallas de mercado como las de regulación del sistema actual, porque si bien el sistema de salud parece muy funcional y adecuado en el papel, la realidad es otra.

FUENTES

Para la realización de esta investigación, se consultaron alrededor de 40 referencias bibliográficas distribuidas de la siguiente forma: creación del sistema de Salud 3 artículos 1 libro, Cobertura en salud 7 artículos página web del Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín del Aseguramiento en Salud, Boletín No. 01- Primer Trimestre 2017, Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones. Ministerio de Salud y Protección Social, Estatuto de Seguridad Social y Pensiones, Ariel Pedraza Cuervo 2017. 1, Rendición de Cuentas informe de Gestión 2018, Ministerio de Salud y Protección Social “La Salud es de Todos”. 1,página Ministerio de Salud y Protección Social <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>1, Sistema General de Seguridad Social en Salud “Rol de los Planes Voluntarios de Salud”, Daniel Pinzón. 1, Documentos Técnicos sobre el Mercado Laboral, DANE Bogotá 2004. 1



CONTENIDO

Antes de la entrada de la vigencia de la ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, en la cual se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población colombiana, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional.

El menoscabo de solidaridad se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes además de obligantes, sin canales financieros que permitieran el auxilio mutuo entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los pobres resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios. (La Reforma a la Seguridad Social en Salud) (Eslava, 1994).

METODOLOGÍA

El presente trabajo investigativo de tipo explicativo, cuyos métodos de investigación son el retrospectivo y analítico; por medio de los cuales se estudiará la evolución de la cobertura del Sistema General de la Seguridad Social en Salud en Colombia desde su creación enmarcada en la ley 100 de 1993, y se inspeccionan los determinantes que impiden la universalidad de dicha cobertura.

CONCLUSIONES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, establecido mediante la Ley 100 de 1993 ha traído buenos resultados en cuanto a salud pública, no obstante, es preocupante su situación financiera, por lo que se deben hacer varios ajustes que generen los incentivos correctos para todos los actores y desarrollar estrategias estatales para la búsqueda de recursos adicionales y externos en pro de un alivio a las finanzas públicas.

En los últimos años, el sistema de salud colombiano ha evidenciado problemas de liquidez, la unificación del PBS para ambos regímenes demandara más recursos financieros dado que aumentara la cobertura para el régimen subsidiado. Es aquí donde juegan un papel importante los planes

voluntarios de salud, ya que por ser financiados con recursos completamente diferentes a las cotizaciones que por ley deben hacer los individuos, se convierten en una forma indirecta de captar recursos adicionales a los obligatorios para la inversión en salud.

**SALUD EN COLOMBIA “ES UN DERECHO FUNDAMENTAL PARA TODOS
SIN VULNERACIÓN NI LIMITACIONES”**

AGUILERA MERCADO JOSE ERNESTO

AUTOR

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA UNITEC

ESCUELA DE INGENIERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE PROYECTOS

BOGOTÁ, D.C. DICIEMBRE DE 2019

**SALUD EN COLOMBIA “ES UN DERECHO FUNDAMENTAL PARA TODOS
SIN VULNERACIÓN NI LIMITACIONES”**

ROJAS ALVARADO RONALD

DIRECTOR

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA UNITEC

ESCUELA DE INGENIERÍA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE PROYECTOS

BOGOTÁ, D.C. DICIEMBRE DE 2019

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	4
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	6
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	8
OBJETIVOS	8
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
MARCO REFERENCIAL	9
MARCO JURÍDICO Y LEGAL	12
MARCO CONCEPTUAL	15
MARCO TEÓRICO	17
Salud Pública:	29
MARCO METODOLÓGICO	32
TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	32
HIPÓTESIS	32
FUENTES INVESTIGATIVAS	33
ANÁLISIS DE RESULTADOS	34

CONCLUSIONES	44
DISCUSIÓN	45
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Diversas Investigaciones de Autores referente al tema Sector Salud en Colombia. 9

Tabla 2 Vocabulario utilizado en el Sector Salud 15

Tabla 3 Ventajas y Desventajas del Aplicativo Tecnológico MiPres. 29

Tabla 4 Informalidad de la población 37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Afiliación y cobertura total a diciembre de cada vigencia y mensual 2018.	7
Figura 2 Afiliación en Colombia Sector Salud Fuente: Cálculo MSPS-, 2018.	23
Figura 3 Prescripción a través del MiPres	27
Figura 4 Variaciones anuales de PIB Nacional y proporción de Informalidad 2001-2003 (abril - junio).	38
Figura 5 Tasa Global de Participación, Ocupación y Desempleo (2018-2019).	40

RESUMEN

Hoy en día, El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, establecido mediante la Ley 100 de 1993, ha presentado gran déficit en la calidad del servicio de salud prestado por nuestro país, ya que hay una gran problemática por los malos manejos administrativos que presentan estos servicios de salud en Colombia. Ya que en este Sistema De Seguridad Social En Salud (SGSSS) es fundamental para cada uno de los ciudadanos, por lo que estos aspectos se hacen fundamentales en la vida de cada una de las personas. Pero también, genera muchas preocupaciones por los malos manejos de la salud, por lo que, son muy pocas las personas a las que les aprueban los servicios y a muchos a los que les niegan. Por tal motivo, el incumplimiento de las normas y los conflictos de los intereses de los diferentes actores, no permiten que estos servicios en la salud sean de mejor calidad en nuestro país.

ABSTRACT

Today, The General System of Social Security in Health in Colombia, established by Law 100 of 1993, has presented a great deficit in the quality of the health service provided by our country, since there is a great problem due to poor administrative management that present these health services in Colombia. Since in this Social Security System in Health (SGSSS) it is essential for each of the citizens, so these aspects become fundamental in the life of each person. But it also raises many concerns about poor health management, so there are very few people who approve of services and many who deny them. For this reason, the breach of the norms and conflicts of interests of the different actors do not allow these health services to be of better quality in our country.

INTRODUCCIÓN

El trabajo investigativo denominado SALUD EN COLOMBIA “ES UN DERECHO FUNDAMENTAL PARA TODOS SIN VULNERACIÓN NI LIMITACIONES”, tiene el objetivo presentar a los lectores, la problemática en la que se ven inmersa los colombianos para acceder al Sistema de Seguridad Social en Salud, ya que este tema es de bastante controversia ante la sociedad por la imperfecta administración de la prestación de los servicios de Salud.

De acuerdo con la organización metodológica en la que se desarrolla el trabajo, se acogieron las pautas de argumentación interpretativa de los actores que han intervenido en el Sistema General de Seguridad Social y han expresado sus experiencias en el desarrollo de su vida frente a este tema objeto de desarrollo.

Así mismo, para el desarrollo investigativo se llevó a cabo la búsqueda de diferentes fuentes de información a través de Boletines Jurídicos del sector Salud, tesis doctorales, y demás documentación jurídica que establece el conocimiento idóneo referente al sector Salud.

Una vez investigado, leído e interpretado cada una de las documentaciones pertinentes para el desarrollo de este trabajo investigativo, se determinó la viabilidad de que la prestación del servicio de salud a los colombianos puede brindarse sin vulneración ni limitación por ser un Derecho Fundamental consagrado en la Constitución Política en su artículo 49, para garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; por lo cual le concierne al Estado organizar, dirigir y

reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En virtud de lo anterior, se evidenció en el desarrollo de esta investigación, que existe una gran cantidad de documentos e informaciones que fundan la parte contextual del sector salud, mas no como se puede combatir la deficiencia de la prestación de los servicios en salud en el Territorio Colombiano.

JUSTIFICACIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, representa uno de los aspectos fundamentales en la vida de las personas y por consiguiente una de las principales preocupaciones de la sociedad, especialmente por su estrecha relación con el progreso socioeconómico a través de tres canales que enmarcan la subsistencia de las personas, que a continuación se describen cada una de ellas:

Canal Prevención De Enfermedades: Afirma, que existen ciertas enfermedades que se pueden prevenir y reducen el número de años de vida saludables de los individuos, ocasionando pérdidas económicas a la sociedad, ya sea por una muerte temprana o por una discapacidad crónica.

Canal Efecto Ocasionado Por Enfermedades: está relacionado con el efecto de las enfermedades sobre las decisiones de inversión de los padres en sus hijos. Por ejemplo, altas tasas de mortalidad infantil están asociadas con altas tasas de fertilidad. Un gran número de hijos, a su vez, reduce la habilidad de las familias pobres de invertir adecuadamente en salud y en la educación de cada hijo.

Canal Enfermedades Cusan Efecto Negativo: Establece que las enfermedades tienen un efecto negativo en los retornos a las iniciativas de inversión, ya que cualquiera de ellas se puede ver socavada por la alta prevalencia de algún tipo de dolencia. Así mismo, las enfermedades endémicas y epidémicas reducen la cooperación social y la estabilidad política y macroeconómica de un país.

Con base en lo anterior, la salud se constituye como condición *sine qua non* para el desarrollo y la productividad de la sociedad, especialmente en aspectos de interés público como el crecimiento económico y el desarrollo humano de cualquier conglomerado social. Bajo este contexto, el Sistema General de Seguridad Social en Salud como objeto de estudio de la presente investigación, adquiere especial relevancia para la comunidad, al constituirse un derecho fundamental inherente al ser humano consagrado en la Constitución Política en su artículo 49.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Por qué no se ha logrado la cobertura universal del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?

¿Qué propuestas se pueden presentar para prestar un mejor servicio de salud al territorio Colombiano?

¿Cómo combatir la corrupción sembrado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia?

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El modelo de salud actual creado con la expedición de la ley 100 de 1993, surge como respuesta a las necesidades de comienzos de la década de los noventa, reflejadas principalmente en la baja cobertura de los servicios de salud*, bajo los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, equidad, calidad, eficiencia, Participación Social, sostenibilidad, transparencia, continuidad, eficiencia, irrenunciabilidad y corresponsabilidad; esto requiere una protección financiera y garantista de continuidad en Colombia, la cobertura universal es de acuerdo a los registros de satisfacción y oportunidad, entre el 2018 y el 2019 se ha buscado tener a toda la población colombiana asegurada en salud, esto viene unido al plan de beneficios de salud - PBS siendo el mismo para el régimen subsidiado y el contributivo, con servicios, tecnologías y medicamentos en general los servicios médicos y tratamientos que se requiera de acuerdo a la patologías que padezca cada persona afiliada a los regímenes que enmarcan el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por eso, es importante resaltar que en el último año el funcionamiento del plan de beneficios frente a medicamentos y procedimientos distingue la proporcionalidad del valor de la Unidad de Pago por Capitación - (UPC) tanto en el régimen subsidiado como en el régimen contributivo lo que establece un avance que constituye un ajuste entre regímenes.

Para determinar el comportamiento histórico de afiliación al Sistema General de Seguridad - SGSSS, el Ministerio de Salud y Protección Social, mantiene actualizado el indicador base para el seguimiento de la dinámica el aseguramiento en salud para determinar el total de afiliados al sistema en Colombia.

La recopilación de información del número de personas pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado, especiales y de excepción, contenida en los registros administrativos para los años anteriores a 2009 y la consulta de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) en las vigencias posteriores para los niveles municipal, departamental y nacional muestra el comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS- (Minsalud, Comportamiento del aseguramiento, 2019).

El número de afiliados al SGSSS en los tres regímenes de afiliación a nivel nacional se ha incrementado a lo largo de los últimos 23 años, generando un aumento en la cobertura total del sistema, con el cubrimiento del 29,21% en el año 1995 hasta el 94,66% registrado al cierre del año 2018 como se aprecia en el Figura 1:

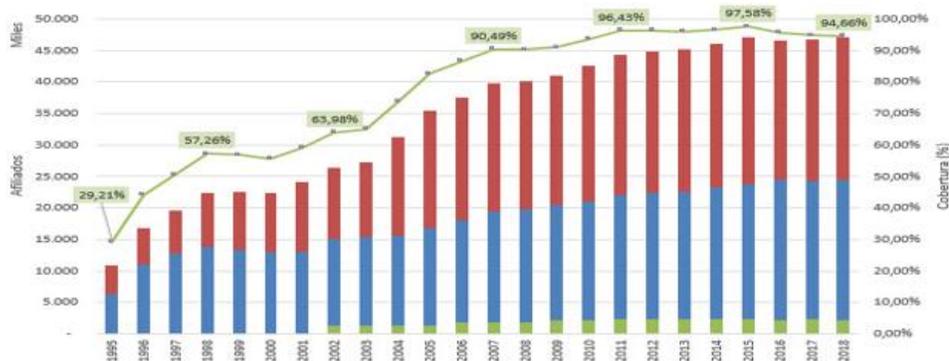


Figura 1.

Afiliación y cobertura total a diciembre de cada vigencia y mensual 2018.

Fuente: Indicador del comportamiento histórico de la afiliación al SGSSS.

La figura 1 refleja el estado de afiliación a nivel nacional con su cobertura total de los usuarios afiliados al sistema general social de salud.

Con base en lo anterior, surge la problemática planteada en el presente trabajo de investigación, que se formula con la siguiente pregunta:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la visión de la salud en Colombia, desde la perspectiva entre los actores intervinientes y los afiliados?

OBJETIVOS **Objetivo General**

Determinar los factores principales que impiden la universalidad de la cobertura en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

Objetivos Específicos

Analizar el comportamiento de la cobertura en los regímenes contributivo y subsidiado a partir de la expedición de la ley 100 de 1993.

Analizar la incidencia de factores como el empleo, el desempleo y la informalidad laboral en la evolución de la cobertura en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Analizar las ventajas y desventajas que con lleva la creación del Mipres frente al adecuado manejo de la prestación del servicio en salud en Colombia.

Analizar la cobertura total de Salud Pública y los niveles de prevención y promoción en Colombia.

MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se puede evidenciar, cada uno de los actores que han intervenido con sus críticas y opiniones referentes al Sector Salud, que día a día es un tema para abordar en este tramo, a continuación, en la Tabla 1 se detallan uno a uno los autores que han trabajado este tema:

Tabla 1
Diversas Investigaciones de Autores referente al tema Sector Salud en Colombia.

AUTOR/AÑO	OBJETIVO	MÉTODO	CONCLUSIÓN
(Bardey, 2017)	Analizar la diversa problemática en salud en Colombia, en el transcurso de los años.	Propone, analiza y argumenta los diferentes modelos de financiación del sector salud.	Concluye que la salud ha avanzado en la dirección correcta, pero la implementación de los tres pilares es realmente importante para que los detractores compartan el optimismo de los defensores del sistema de salud. La salud requiere un pacto social y político amplio e incluyente, entre todos los sectores sociales, económicos, étnicos y políticos del país. Por esta razón, desde el año anterior se ha venido organizando una gran Alianza Nacional por un Nuevo Modelo
(Álvarez, 2017)	Analiza los proyectos de la Ley Estatutaria 105 y 112, y las opiniones críticas de los senadores que concibe el derecho a la salud en un sentido amplio e integral, como las condiciones de vida saludables, además de la	Realiza un análisis crítico lo que enmarca la seguridad social en salud de Colombia	

(Agudelo, 2016)	<p>atención de las enfermedades generales y laborales.</p> <p>Analiza las prioridades de investigación en salud y también tiene como referente las problemáticas y necesidades de la población.</p>	<p>Realiza un enfoque para priorizar la investigación donde difiere de manera significativa con respecto a los métodos de aplicación en el SGSSS.</p>	<p>de salud y Seguridad Social.</p> <p>Concluye con las prioridades de investigación enlazan necesidades de salud de la población y políticas de salud y de investigación. Por último, las prioridades abren una perspectiva estratégica que permite distanciarse de una visión reduccionista (sólo importan los conocimientos básicos), de una visión utilitarista (sólo importa lo que es aplicable). Se concluye, que, a pesar de las críticas y problemas epistemológicos que puedan presentar es innegable su utilidad para estudiar y comprender la salud como una realidad compleja, a través de un enfoque interdisciplinario</p>
(Moreno, 2008)	<p>Da a conocer un análisis crítico de la definición de salud, particularmente la propuesta por la organización de la salud (OMS) en el año 1946.</p>	<p>Propone integrar múltiples aspectos, con una visión reduccionista y limitada en el sector salud.</p>	

			que supere los límites del paradigma positiva de la ciencia clásica.
(Ojeda, 2007)	Busca abordar, toda la problemática que envuelve la salud pública en el País y busca alternativas para combatir cada deficiencia encontrada en los individuos.	Proponen alternativas de solución para enfrentar la problemática de enfermedades presentadas por cada individuo que emana insuficiencia en su salud.	Los autores buscan que lectores en las áreas de la salud, pretendan entender de forma pedagógica cual es la responsabilidad que tiene el Estado para combatir las enfermedades en cada uno de los individuos para bajar el nivel de mortalidad.

Fuente: *elaboración propia a partir de la literatura consultada*

MARCO JURÍDICO Y LEGAL

El Sistema General de la Seguridad Social en Salud, ha sido regulado por diversas normas desde su creación. Sin embargo, esta investigación se fundamenta especialmente en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, la ley 100 de 1993, como creadora del modelo, las leyes 715 de 2001, 1122 de 2007, 1393 de 2010 y 1438 de 2011 como principales reformas en materia de cobertura.

Igualmente, La perspectiva de la presente investigación encuentra su soporte constitucional en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de 1991, en el Título II correspondiente a los derechos económicos, sociales y culturales. Estos artículos regulan la seguridad social y el derecho a la salud correspondientemente, estableciendo sus características como servicios públicos a cargo del estado, cuya prestación se garantiza en condiciones de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Por otra parte, se evidencia que la regulación legal del Sistema General de Seguridad Social se encuentra establecida en las siguientes normas que regulan los principales aspectos del sistema:

Ley 100 de 1993: por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral; compuesto por el Sistema de Pensiones, el Sistema de Riesgos Profesionales, Otros Servicios Complementarios y el Sistema General de Seguridad Social en Salud como objeto de estudio de la presente investigación regulado en el libro II de esta ley.

En esta sección, se establecen algunos aspectos de interés para la presente investigación tales como; objeto, principios, cobertura, estructura y acceso al sistema, autoridades de dirección, control, y vigilancia, y los agentes encargados de la administración y prestación de los servicios de salud.

Ley 715 de 2001: a través de la cual se reforma el sistema de financiación del régimen subsidiado y se deroga la meta de universalización fijada por la ley 100 de 1993.

Ley 1122 de 2007: en la cual se establecen algunas modificaciones al Sistema de la Seguridad Social en Salud, para reforzar y mejorar algunos aspectos del sistema como dirección, control, y vigilancia, la prestación de los servicios de salud, la universalización, financiación y equilibrio del sistema.

Ley 1393 de 2010: por medio de la cual se definen fuentes de recursos para la financiación de la salud y se dictan medidas contra la evasión de aportes.

Ley 1438 de 2011: por medio de la cual se realizan algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, enfocadas en el principio de eficiencia en la prestación de los servicios salud, a fin de mejorar aspectos como la calidad, atención, acceso al sistema.

Resolución 518 de 2015: Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas (PIC) que busca incidir positivamente sobre los determinantes sociales de la salud y los resultados en salud.

Decreto 780 de 2016: Por la cual se expide el Decreto único reglamentario del sector salud y protección social (Compilación de todas las normas que enmarcan el sector salud.

MARCO CONCEPTUAL

En la Tabla 2 se puede observar el vocabulario utilizado en el sector Salud, en cada una de sus ramificaciones, para dar claridad de su significado a los lectores.

Tabla 2

Vocabulario utilizado en el Sector Salud

CONCEPTO	DEFINICIÓN	FUENTE
Accesibilidad	Condición que permite, en cualquier espacio o ambiente ya sea interior o exterior, el fácil y seguro desplazamiento de la población en general y el uso en forma confiable, eficiente y autónoma de los servicios instalados.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Afiliación	Es el procedimiento mediante el cual los potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado y su núcleo familiar se vinculan al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Página Web Del Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Ars	Administradoras del Régimen Subsidiado.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Bdua	Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales).	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Cobertura	Es el derecho al aseguramiento a través de las administradoras de riesgos profesionales, quienes asumen los costos de prestaciones	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).

asistenciales y económicas derivadas de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	FUENTE
Entidades	Las entidades reportadoras deben reportar trimestralmente a esta Comisión los Precios Promedio a Distribuidor (PPD) y Sugerido al Público (PSP) de todos los productos que comercializan.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Eps-s	Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Mipres	es el aplicativo en línea desarrollado por la cartera de Salud para que los profesionales de la salud prescriban medicamentos que no pueden ser pagados a través de la unidad de pago por capitación (UPC); es decir, lo que solía llamarse No POS.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).
Salud Pública	Es la disciplina encargada de la protección de la salud a nivel poblacional. En este sentido, busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables, las campañas de concienciación, la educación y la investigación.	Ministerio De Salud Y Protección Social (Terminos, 2019).

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura consultada.

MARCO TEÓRICO

Antes de la entrada de la vigencia de la ley 100 de 1993 la seguridad social en Colombia se caracterizaba por la falta de los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, en la cual se evidenciaba en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población colombiana, inexistencia de organización financiera o ayuda mutua, inequidad en la distribución de los recursos y escasa organización institucional.

El menoscabo de solidaridad se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes además de obligantes, sin canales financieros que permitieran el auxilio mutuo entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Finalmente, el sistema resultaba ineficiente por su organización institucional, por los pobres resultados observados en comparación con el gasto total del sector y por la creciente insatisfacción de los usuarios. (LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 1994).

Estas circunstancias causaron la reforma constitucional y la transformación del Estado de Derecho en Estado Social de Derecho o la búsqueda de un equilibrio jurídicamente regulado en el cual la inversión social va encaminada a proteger a la población con la prestación de los servicios públicos tales como educación, vivienda, asistencia en salud y asistencia social. Siendo relevante la capacidad de controlar la economía de mercado cuando ésta peligrara en las condiciones del mercado libre para la prestación de servicios públicos.

La seguridad social en Colombia se fundó con la participación democrática de los actores, en la Asamblea Nacional Constituyente, se expresaron dos perspectivas opuestas, una de corte social demócrata y otra neoliberal y bajo la fórmula del consenso se dio lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, se consagró la seguridad social como un derecho irrenunciable, se acordó que el servicio público de salud estaría bajo la dirección del Estado y se delegó en la Ley la adopción de un paquete de servicios de salud de acceso gratuito.

La reforma en Colombia se basa en cambios económicos, sociales y políticos en el marco de la consagración del estado Social de Derecho liderado por el Estado responsable, bajo el modelo de desarrollo de apertura económica, el libre mercado y la modernización de los organismos públicos. La Carta de 1991 define un nuevo ordenamiento jurídico, institucional y social. Es importante decir que la Constitución definió nuevas competencias y recursos en los diferentes niveles de la administración pública, fortaleciendo la descentralización.

En el artículo 57 transitorio la Constitución Política de Colombia se creó una Comisión integrada por representantes del Gobierno, los sindicatos y los gremios económicos, los movimientos políticos y sociales, los campesinos y los trabajadores informales para que en un plazo de 180 días a partir de su entrada en vigencia elaboraran una propuesta que desarrollara las normas de la seguridad social y sirviera de base al Gobierno para la preparación de ley sobre la materia a presentar ante el Congreso de la República.

La Comisión concluyó en la necesidad de organizar un sistema nacional de seguros de salud integral, unificado, descentralizado, participativo, con cobertura universal basado en un nuevo concepto de salud, con administración gerencial que implica eficiencia y calidad en los servicios y manejo racional de la demanda, modelo que debía ser contributivo y solidario para brindarle protección a toda la población colombiana. Recomendó la atención integral flexible y con revisiones periódicas para garantizar el equilibrio entre los recursos disponibles y la distribución transparente y equitativa de los servicios de salud, la administración de recursos a través de fondos municipales, la aplicación del principio de solidaridad mediante la garantía de aportes estatales con el fin de subsidiar los servicios para los grupos poblacionales sin capacidad de pago, la reorganización de las entidades públicas prestadoras de los servicios de salud para consolidar un sistema único oficial de servicios de salud, la coordinación de la concurrencia del sector privado en la prestación de los servicios de salud posibilitando la competencia y el mejoramiento de una visión integral del hombre y su entorno y una práctica con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción del autocuidado de la salud, mecanismos de transparencia de manejo de los recursos, contribuciones de trabajadores dependientes y de trabajadores oficiales por la vía de la afiliación familiar y revisando el monto de las cotizaciones, mecanismos de vigilancia y control, control fiscal de las contralorías sobre los fondos municipales, auditoría de salud y un proceso fiscalizador propio de la participación comunitaria (LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 1994).

Finalmente, la Ley 100 de 1993 promovió la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad en la

financiación del aseguramiento para los más vulnerables. Como se mencionó en la introducción, la Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes.

El primero, conocido como el régimen contributivo, vincula a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados.

El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones), el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de financiación enmarcados en la ley.

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

Cobertura del Sistema de Salud:

La primordial estrategia del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS para lograr el acceso a la prestación de los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios de salud - PBS, la Ley 1122 de 2007 precisa el aseguramiento en salud como

“La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario”. Así mismo en el marco del artículo 157 de la Ley 100 de 1993 funda la obligatoriedad para todos los habitantes del territorio nacional de afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS, a través del régimen Subsidiado, Contributivo y otros lo harán en forma temporal como partícipes vinculados.

Esto significa, que el aseguramiento en salud es una habilidad política pública implementada para lograr el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población puedan acceder a los servicios de salud para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, de la misma población afiliada al Sistema de Salud. Así se evidencia que la Organización Mundial de la Salud (Health System Financing, 2010), hace referencia al aseguramiento en salud donde se determinan tres dimensiones: la población cubierta por un seguro de salud, la cantidad y calidad de los servicios médicos cubiertos y la mitigación del gasto potencialmente catastrófico en salud de un hogar o persona.

En este mismo sentido, la afiliación al Sistema General de Seguridad en Salud – SGSSS es la forma de garantizar a una persona el aseguramiento en salud y por ello la importancia de revisar su conducta y los desafíos que existen en esta materia. Las Entidades Prestadoras de Salud - EPS están a cargo de la afiliación de la población dentro del territorio nacional al SGSSS EPS y cada persona puede elegir libremente la Entidad Prestadora de Salud a la cual desea afiliarse, para ellos la función de la EPS es gestionar el riesgo en salud de toda la población afiliada, garantizando a cada afiliado el acceso a los

procedimientos y medicamentos establecidos en el plan de beneficios y, en contraprestación, la Entidad Prestadora de Salud recibe un pago por cada afiliado que se conoce la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Así mismo, en cuanto a los tipos de afiliación al SGSSS, “existen dos, el de las personas con capacidad de pago, que están afiliadas al régimen contributivo, y el de las personas sin capacidad de pago o con particular prioridad para el gobierno”¹, que “estarán afiliadas al régimen subsidiado. Adicional a la afiliación al SGSSS, existe población que tiene cobertura de salud y que hacen parte del régimen de excepción y especial”².

Lo que se busca con este trabajo, es plantear la evolución de un tema de impacto social y necesidad fundamental que es la salud, pero que pese a sus mejoras en el tiempo sigue siendo desaprobado por el público en general que exige más y esta exigencia puede que sea real o es una mera expectativa de lo que se quiere, pero no se tiene ni se puede ofrecer, todo viene de un esquema integral de más de 15 años con baja cobertura del aseguramiento en salud desde 1993, el aseguramiento venía para pocos y ajustándose a las necesidades de esto, eximiendo a grupos que no tenían conocimiento de su derecho y la responsabilidad del estado, la gente más pobre solo veía esto como un obsequio del estado justificando los desarrollos de la salud desde lo poco, siendo un menor acceso, con el tiempo se busca una mayor cobertura a los servicios de salud de los más pobres eliminando las brechas sociales.

¹ Como por ejemplo la población en condición de desplazamiento, comunidades indígenas, desmovilizada del conflicto, población infantil abandonada a cargo del ICBF, personas mayores en centros de protección, y ROM, entre otras.

² Hacen parte de este régimen los miembros de las fuerzas militares y de policía, profesores pertenecientes al magisterio, afiliados al sistema de salud de las universidades y los servidores públicos de Ecopetrol.



Figura 2

Afiliación en Colombia Sector Salud Fuente: Cálculo MSPS-, 2018.

La figura 2 muestra el porcentaje de los regímenes de salud en Colombia

Continuando esta línea de tiempo es necesario traer a colación lo que ha buscado el estado que es la unificación de los planes de beneficios del sistema para ambos regímenes contributivo y subsidiado en la medida que las patologías no tienen inferencia con la financiación de cada régimen, esto lo que pretende es que todos puedan acceder a un plan de beneficios en salud sin tener barreras de acceso de carácter administrativo o procedimental, incluyendo los avances científicos a cada persona activa en el sistema de salud, no se puede desconocer que existen enfermedades que su tratamiento es de alto costo, lo que puede generar un desequilibrio financiero indirecto para cada usuario del régimen porque al final del ejercicio el mismo especialista y el mismo procedimiento va ser tratado por la misma clínica que se sabe que tiene prevalencia para que el pague mejor y en los tiempos, actualmente se ha buscado dar sostenibilidad a los esfuerzos garantizando los recursos necesarios para dar continuidad y sostenimiento a los planes de beneficios, ampliándolo de acuerdo a la evolución científica universal (Minsalud, BOLETÍN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD, 2017).

En este punto se debe traer a colación el respaldo más importante que ha tenido la salud en Colombia las cuales son las Leyes, Resoluciones y Decretos, el marco normativo

que ha buscado nivelar y garantizar los servicios de salud para todos los colombianos tumbando la discriminación económica, en teoría, el proceso y el procedimiento de ampliación de opciones de salud terapéuticas disponibles para los colombianos en manera de tiramiento o en una minoría de manera preventiva, como es el caso de la “Resolución 5857 de 2018”³ se incluyeron en el plan de beneficios lo que es cubierto por la Unidad de Pago por Capitación-UPC el cual es el valor que se paga por cada usuario asegurado y activo en el Sistema de Salud avanzando a una Colombia más ecuánime, sin perder el principio garantista de la salud para todos incrementando para el 2019 la Unidad de Pago por Capitación, para los regímenes contributivo y subsidiado, existe un riesgo de desequilibrio financiero por el tema piramidal, como se sabe en el régimen subsidiado es más la población enferma a diferencia que el contributivo que cada usuario ya aportado al Sistema de Salud.

Igualmente se evidencia que, en la Ley Estatutaria, ha buscado concretar el derecho fundamental a la salud, principalmente por la protección poblacional, como primera medida, encontramos las prestaciones de servicios en salud colectivas que constituyen los servicios y tecnologías en salud afrontando los riesgos individuales asociados al uso de estas, el aseguramiento social en salud, financiado con los recursos de la Unidad de pago por Capitación - UPC. Como complemento de la Ley citada, existe el mecanismo del CTC o la tutela buscando la protección de las prestaciones individuales donde acceden los usuarios una vez se han agotado las opciones previstas en el aseguramiento que es la autorización y el cumplimiento de las citas médicas, identificado por parte del profesional de la salud, que da como resultado la prescripción de una tecnología o servicio no

³ Por la Cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC)

financiado con cargo a la UPC, lo que se conoce como el Plan de Beneficios en Salud y lo no incluido en el Plan de Beneficios en Salud, por lo cual el Ministerio de Salud y de la Protección Social había expedido la “Resolución 3951 de 2016”⁴ con fundamento en los artículos 6, 8, 15, 17 y 19 de la Ley Estatutaria, regulando estas inclusiones y exclusiones garantizando un debido proceso único para cada usuario.

En este punto llega la evolución tecnológica para el sector salud, con el fin de tener el control médico y asistencial fue la creación del aplicativo MiPres, que, desde el primero de diciembre de 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social implemento este instrumento tecnológico diseñado para prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios a los afiliados del régimen Contributivo. Con el fin de garantizar que las Entidades Promotoras de Servicios de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud realizaran los ajustes correspondientes que permitieran la puesta en marcha de la herramienta, la ejecución se realizó de manera gradual.

Como lo establece el Ente de Control “El Ministerio efectuó el seguimiento y acompañamiento requeridos por todos los actores mencionados. Siendo así su aplicabilidad a partir del 1 de abril de 2017, los profesionales de la salud, de manera obligatoria, tuvieron que prescribir servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios a través de esta herramienta.”

⁴ Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.

Siendo así, esta herramienta facilita el acceso a los servicios y tecnologías que no se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios, por lo tanto, actualmente el profesional de la salud los prescribe directamente, sin necesidad de aprobación por parte del Comité Técnico Científico, siendo esto más efectivo la aprobación de los servicios en Salud no incluidos en el PBS, para aquellos pacientes que necesiten la oportuna entrega de servicios en salud para aquellos pacientes que cuenten con patologías de alto riesgo y necesiten de aquellos servicios que no se encuentren dentro del Plan de Beneficios en Salud.

Así mismo, la implementación de esta plataforma tecnológica se convirtió en la oportunidad para gastar menos tiempo en trámites, como es de conocimiento nacional las barreras administrativas para los usuarios, lo que permite que el CTC; tendrá como referencia al MiPres y es algo que EPS e IPS debe realizar, esto implica que el tratamiento del paciente, su evolución y su guía de especialidad va ser controlada, inclusive en los casos que existan diferentes profesionales de salud con multiplicidad de tratamientos se podrá consultar viendo lo aplicado, dosis, presentación, frecuencia, riesgos, lo que va permitir garantizar el ejercicio medico con eficiencia y eficacia, pese a que todo proceso de implementación viene con errores se ha podido determinar que el aplicativo MiPres, ha sido útil para los usuarios y su acceso con las EPS, como se evidencia a continuación: (Minsalud, Mipres, 2017).

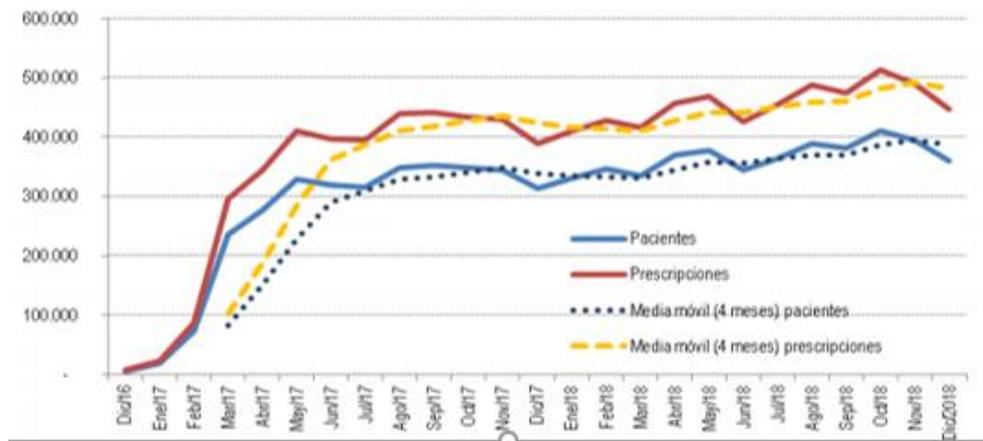


Figura 3.

Prescripción a través del MiPres

Fuente: MSPS-, 2017.

La figura 3 refleja el nivel de posición del aplicativo implementado en las entidades prestadores de salud.

De acuerdo con el Figura 3, el aplicativo tecnológico, viene avanzado en varias etapas, la primera, es la prioridad de la tecnología y/o servicio; la segunda, el análisis del desarrollo del CTC de acuerdo con el análisis y resultado médico, la tercera, el resultado del paciente, por último, la cuarta el inicio y seguimiento del tratamiento médico ordenado, precisando la continuidad y supervisión del tratamiento.

Este aplicativo es transparente para todos los profesionales de la salud, desde los médicos hasta los pacientes lo que permite un mayor seguimiento a los diferentes actores del sistema de salud. Toda vez que estos se encuentran regulados y controlados por el Ministerio de Salud y de la Protección Social - MSPS, las Entidades Promotoras de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, y sin dejar a un lado a los Entes Territoriales que son los primeros garantes del Régimen subsidiado de los servicios NO POS.

Así mismo, garantizando una red de prestadores de servicios de salud con cobertura médica, que también debe ser controlada por el aplicativo MiPres, incluyendo los profesionales y trabajadores de salud, las entidades de control.

En este sentido desde el ente de control hasta las veedurías pueden ejercer el control de calidad sobre los tratamientos para cada usuario, esto permite que terceros expertos en el sistema de salud puedan emitir conceptos favorables y desfavorables, en este punto es importante preguntar, *¿una plataforma tecnológica es garantía de un servicio médico idóneo?*, Para dar respuesta a esta pregunta es entrar a describir las ventajas y desventajas con el que cuenta este aplicativo de salud creado por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el cual me permito manifestar lo mencionado en la Tabla 3.

En dicho contexto, es importante aclarar, que se efectuó un estudio de las posibles fortalezas y debilidades durante el tiempo que lleva en operación, en donde se evidencio que son más las falencias que se han identificado en la implementación del sistema no solo para los usuarios, sino para los profesionales de la salud. Está claro que la intención del sistema MIPRES se orienta en agilizar la entrega de medicamentos, procedimientos, insumos entre otras tecnologías no incluidas en el PBS a los usuarios, teniendo como base no solo el criterio médico, sino la historia clínica de cada uno de los pacientes, pero lastimosamente algunos usuarios se han encontrado con una serie de trabas que han desmejorado sustancialmente las condiciones de salud en razón al procedimiento mismo del sistema, lo que en algunos casos ha generado quejas a los entes encargados al interior de las EPS, además de elevar los casos mediante el mecanismo de tutelas para el buen funcionamiento del mismo.

Tabla 3
Ventajas y Desventajas del Aplicativo Tecnológico MiPres.

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>Elimina los tiempos de respuesta, en comparación con los establecidos cuando se manejaban las autorizaciones por parte del Comité Técnico Científico</p> <p>Mayor control en el precio de los medicamentos prescritos por el profesional.</p> <p>Este aplicativo, brinda la posibilidad de tener autonomía médica, la cual se encuentra establecida en la ley estatutaria, en su artículo 17, donde se menciona la garantía de la toma de decisiones por parte del médico tratante en relación con el diagnóstico y el tratamiento adecuado para el paciente que tiene a cargo.</p> <p>Se puede observar los datos en línea, que permiten tener acceso en tiempo real de la información de los usuarios y del nivel de responsabilidad de los profesionales en relación con los tratamientos prescritos.</p>	<p>No se evidencia toda la información en el aplicativo, por lo que no se responden las quejas registradas por los usuarios cuando se sienten vulnerados en sus derechos.</p> <p>Se evidencia demoras en los tiempos de respuesta para las autorizaciones generadas directamente en el sistema.</p> <p>Se encuentra retrasos en la legalización y diligenciamiento de los formatos en el sistema, lo que contunde los tiempos de atención en los consultorios.</p> <p>Los profesionales en salud aducen que sienten un control por su labor, además de tener que pasar más tiempo frente al computador.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de la literatura consultada.

Salud Pública:

De acuerdo con la “Ley 1122 de 2007”⁵, la salud pública está constituida por un conjunto de políticas que busca garantizar de manera integrada, la salud de la población

⁵ Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

por medio de acciones dirigidas tanto de manera individual como colectiva ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo.

El Ministerio de Salud y de la Protección Social ha venido impulsando durante el 2018 y 2019, la salud pública con la promoción y prevención, buscando proteger el bienestar de los residentes en Colombia, pese al desequilibrio financiero de la vigencia fiscal que cerro con deudas y un mayor pasivo se sostuvo la inversión pública con el fin de evitar la mortalidad, pero desde la manera preventiva y no de acción.

El ejemplo más patente es la vacunación de amplia cobertura en todo el territorio nacional, es de recordar que el factor internacional como es la migración de los venezolanos ha impactado el sistema de salud, pero se ha dado sostenibilidad a las necesidades de salud básicas, con esto vino el mayor impacto de la salud mental para tratamiento de personas drogadictas, lo que se pretende con esta política es crear IPS que suministren este servicio de manera integral pero sin otras especialidades que la base sea la recuperación y seguimiento de estos pacientes que al final de los estudios se ha demostrado que la dependencia a la droga crea enfermedades mentales subyacentes.

Es así, la Salud Publica en Colombia, se conoce como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una forma integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas de manera individual y colectiva, ya que su resultado constituye llevar una vida equilibrada de bienestar para el desarrollo del país. Para llevar a cabo estas acciones, se realizarán bajo las directrices del Estado y deberá promover la participación responsable de todos los agentes de la comunidad.

El Ministro de Salud y Protección Social ha venido implementando las el PAIS y el RIAS en las diferentes zonas del país, esto obedece a las políticas y rutas integrales de atención en salud desde la edad 0 hasta la adulta definiendo protocolos propios para grupo.

Todo esto lleva al impacto que hasta hace años viene cogiendo impacto en ocasión a un tema de corrupción y falta de control de calidad en la regulación de medicamentos, la cual ha tenido un mejor control desde las EPS, que tiene este servicio en su red hasta los ahorros que ha tenido el sobre los topes máximos de compra y venta lo cual ha estado respaldado normativamente con efectos sancionatorios como es el Decreto 710 de 2018 el cual regula el valor para la patología desde la cantidad hasta la dosis y de acuerdo a la prescripción médica.

Dentro del desequilibrio financiero que se ha generado en el Sistema de Salud y finalmente una crisis financiera son las deudas que ha dejado las Entidades Promotoras de Salud que entraron en liquidación y que sus estados de cartera con los Hospitales e IPS no tenían como ser cubiertas, para mencionar algunas Selvasalud, Salud Cóndor, Solsalud, Humana Vivir y Golden Group, Caprecom, Saludcoop hoy Cafesalud, Cruz Blanca, Emdisalud, Saludvida deudas que siguen vigentes y conjuntamente han llevado a los mismos hospitales a la quiebra viéndose obligados a disminuir sus puntos de atención o retirar servicios de sus unidades de deudas que van a seguir activas y no existen responsables para subsanar estos valores, deudas que no solo perjudican a las Entidades de salud si no a la población que se encuentran actualmente activa con cada una de ellas, sin dar solución para la protección de sus Derechos.

MARCO METODOLÓGICO TIPO Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo investigativo de tipo explicativo, cuyos métodos de investigación son el retrospectivo y analítico; por medio de los cuales se estudiará la evolución de la cobertura del Sistema General de la Seguridad Social en Salud en Colombia desde su creación enmarcada en la ley 100 de 1993, y se inspeccionan los determinantes que impiden la universalidad de dicha cobertura.

HIPÓTESIS

La Corte Constitucional ha desarrollado el carácter fundamental de la salud como derecho autónomo, definiéndolo como la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como en el plano de la operatividad mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, y garantizándolo bajo condiciones de “oportunidad, continuidad, eficiencia y calidad, de acuerdo con el principio de integralidad”. Además, ha dicho que el derecho a la salud obedece a la necesidad de abarcar las esferas mentales y corporales de las personas y a la de garantizar al individuo una vida en condiciones dignas, teniendo en cuenta que la salud es un derecho indispensable para el ejercicio de las demás garantías fundamentales.

FUENTES INVESTIGATIVAS

Con base en la propuesta anterior, se realizará un análisis de las siguientes fuentes secundarias:

Leyes 100 de 1993, 715 de 2001, 1122 de 2007, 1393 de 2010, 1438 de 2011 y sus respectivas exposiciones de motivos.

Estadísticas y estudios disponibles sobre la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo y subsidiado, el crecimiento económico del país, el nivel de empleo, desempleo e informalidad del mercado laboral, la evasión de aportes, el número de trabajadores dependientes e independientes y la evolución de los costos salariales desde la expedición de la ley 100.

Libros, artículos y estudios de autores y organismos nacionales sobre cobertura del Sistema General de la Seguridad Social en Salud.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con el desarrollo de este trabajo investigativo se plantearon cuatro objetivos específicos en los cuales se da resultado de la siguiente forma:

Comportamiento *de la cobertura en los regímenes contributivo y subsidiado a partir de la expedición de la ley 100 de 1993*: Una vez estudiadas las principales problemáticas del incumplimiento de la meta de universalidad establecida en la ley 100 de 1993, se analizó el comportamiento de la cobertura del SGSSS a partir del año 2001, especialmente el crecimiento del régimen subsidiado y el estancamiento del régimen contributivo. Ante el incumplimiento de la meta fijada por la ley 100 para el 2001, se expide en este mismo año la ley 715, que como se indicó anteriormente, derogó el inciso b del artículo 157 de la ley 100 que disponía la universalidad de la cobertura para este año. Sin embargo, con esta nueva ley no se establecieron compromisos a cargo del gobierno respecto a la meta de universalidad, puesto que únicamente se dispuso en su artículo 70 la obligación de ampliación anual de la cobertura a cargo del gobierno, sin establecer parámetros o períodos de tiempo para su cumplimiento.

Incidencia de factores como el empleo, el desempleo y la informalidad laboral en la evolución de la cobertura en salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud: vemos que la informalidad es considerada como un fenómeno propio de economías capitalistas en desarrollo, en donde su aparato económico presenta problemas de absorción, en ocasiones reflejados en situaciones en que el crecimiento o la expansión relativa de la oferta de trabajo no viene acompañada por una expansión equivalente de la demanda de trabajo en el sector formal de la economía en consecuencia, millones de personas de

escasos recursos que tienen que asegurar su supervivencia y la de sus hogares, se ven compelidas a desarrollar actividades de producción de pequeña escala (legales o no) caracterizadas, además, por una baja utilización de capital, escasa organización y sin barreras de entrada. “Agregando la ausencia de cambio técnico, lo anterior supone minúsculos niveles de productividad y una magra capacidad de acumulación, como condiciones necesarias del crecimiento”⁶; es decir, para los establecimientos y para los trabajadores que desarrollan actividades en ellos, tanto las perspectivas de competitividad como las posibilidades de ahorro, son muy pocas o nulas. Sin duda, en este marco, el conjunto de unidades económicas inmersas en la informalidad tiene enormes dificultades para cumplir con las normas de regulación estatal impuestas o que rigen a las unidades formales.

En cuanto a los ocupados, en contraste con el trabajador formal, el informal se ve abocado a trabajar más y recibir menos ingreso, su cobertura de seguridad social es baja y para muchos grupos ni siquiera existe. Todas esas circunstancias hacen que los trabajos informales sean inferiores, cualitativamente, a los empleos formales. En Colombia el carácter de la informalidad es anticíclico (DNP, 2003). Sin embargo, en el caso del país se debe reconocer y estudiar con más profundidad el hecho de que, pese a que la economía recobre un aceptable sendero de crecimiento, puede ser complicado bajar los niveles de informalidad por cuanto ésta también depende de otros factores de mayor complejidad. En efecto, la informalidad no sólo es un fenómeno que resulta de las dificultades del crecimiento, que se exagera con las recurrentes crisis económicas de un país en desarrollo,

⁶ La teoría del crecimiento endógeno hace recaer totalmente sobre el cambio técnico el crecimiento económico, considerando los demás factores como constantes y por ende la productividad. Cambio técnico entendido como proyectos, ideas, diseños, nuevas maneras de hacer las cosas a partir de los mismos materiales.

reflejadas en las fluctuaciones del sector moderno y en el comportamiento coyuntural del mercado laboral; se trata también de un fenómeno que hunde sus raíces en problemas estructurales de tipo social y político. Es probable que una buena parte del ejército de trabajadores informales esté integrado por migrantes recientes con bajos niveles educativos; en este sentido la informalidad en las trece áreas y ciudades estaría vinculada con la pobreza y con el conflicto armado interno del país, que afectan con particular intensidad a determinados sectores de la población. Lo anterior quiere decir que la informalidad no puede considerarse sólo como un proceso de transición para llegar a tener empleos formales, pues más allá de la dimensión económica, tiene que ver y se retroalimenta, en un círculo vicioso, con los problemas de orden político y social del país.

INFORMALIDAD, OCUPACIÓN Y ACTIVIDAD ECONÓMICA

Por la elevada magnitud que acusa el grado de informalidad de la ocupación urbana en Colombia, se puede decir, sin lugar a duda, que el carácter del empleo es fundamentalmente de tipo informal. En el primer quinquenio de los años noventa, la participación de la ocupación informal dentro del empleo urbano se situaba alrededor del 54%, pero a partir de 1996 dicha proporción empezó a crecer sostenidamente, hasta ubicarse en el 61% en el año 2001. En los primeros años del presente decenio, la ocupación informal continúa manteniendo la misma participación, lo que significa que, de cada 100 personas ocupadas, 61 tienen labores informales. Sin embargo, comparando el segundo trimestre del año 2003 y el mismo período del 2002, se advierte en esa participación una disminución de 0,7 puntos porcentuales. Contrario a lo ocurrido entre 2001 y 2002, este cambio, aunque pequeño, expresa una recomposición incipiente del empleo hacia

ocupaciones con mayores niveles de formalidad de acuerdo a lo evidenciado en la Tabla

4:

Tabla 4
Informalidad de la población

Ocupados	2001			2002			2003		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Ocupados	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Informal	60,0	61,1	60,5	59,7	63,3	61,3	59,6	62,0	60,7
Formal	40,0	38,9	39,5	40,3	36,7	38,7	40,4	38,0	39,3
Crecimiento	2001 - 2002			2002 - 2003					
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total			
Ocupados				2,7	5,9	4,1	3,6	2,7	3,2
Informal				2,0	9,6	5,5	3,4	0,6	2,1
Formal				3,7	0,0	2,0	3,9	6,3	4,9

Fuente: Dane – Encuesta Continua de Hogare

En los años de referencia, por género, la participación femenina en el empleo informal es levemente superior a la masculina, exceptuando el año 2003. En otras palabras, lo anterior quiere decir que por lo general la mujer tiene menos presencia en las labores formales. La dinámica de crecimiento de la informalidad, presentada en la parte inferior de la Tabla 1, expresa dos fases: la primera comprende el período 2001 – 2002 y muestra que el aumento de la informalidad total (5,5%) obedeció al fuerte crecimiento (9,6%) del empleo informal femenino, que en ese lapso pasó de 1 975,8 miles a 2 165,9 miles; en la segunda, entre los años 2002 – 2003, aunque la tasa de crecimiento de la ocupación total aumentó moderadamente, la de informalidad (2,1%) no alcanzó ni a la mitad de la registrada en el período anterior, pero en esta ocasión la mayor incidencia provino de la mayor dinámica de crecimiento (3,4%) del empleo informal masculino. Obsérvese que tanto las tasas de crecimiento por género como la total del último período, también muestran, como ya se anotó, una recomposición incipiente del empleo hacia ocupaciones

con mayores niveles de formalidad (Figura 4), hecho que se explica, como se verá más adelante, por el buen desempeño de la actividad económica general. En los años de referencia, como se ha visto hasta ahora, se aprecia una relación inversa entre el crecimiento en el empleo informal y formal. Existen diversos factores que inciden en las fluctuaciones del empleo informal; no obstante, uno de los más importantes es el relacionado con el comportamiento de la actividad económica o el crecimiento del PIB. En efecto, pese al corto período de análisis, la evidencia empírica revela que ante un crecimiento sostenido del PIB se presenta, con cierto rezago, una reducción de la proporción o grado de informalidad (DANE, DOCUMENTOS TECNICOS SOBRE EL MERCADO LABORAL, 2004).

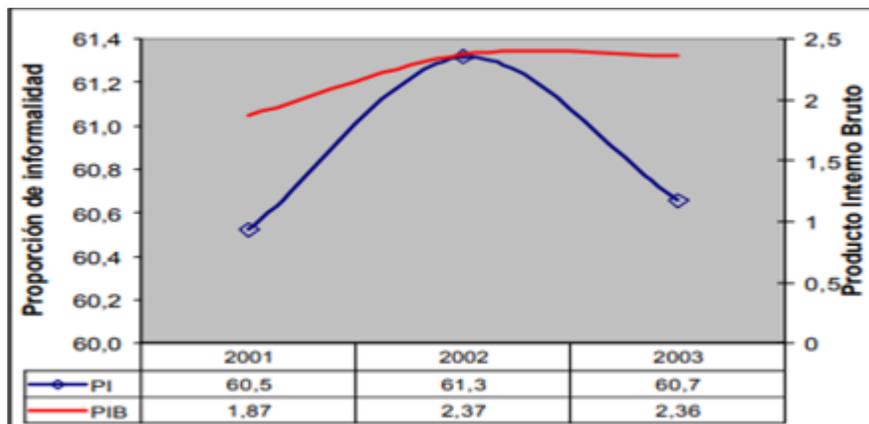


Figura 4.

Variaciones anuales de PIB Nacional y proporción de Informalidad 2001-2003.

Fuente: DANE, ECH y Cuentas Nacionales

La figura 4 identifica el nivel de desempleo de los hogares en Colombia

Según se aprecia en la Figura 4, aunque el crecimiento en la actividad económica global creció 0,5 puntos porcentuales entre los meses de abril y junio de los años 2001 y 2002, el grado de informalidad ascendió 0,8 puntos; en los mismos meses, pero entre los años 2002 y 2003, el crecimiento del PIB se mantuvo al tiempo que la proporción de informalidad cedió 0,6 puntos. Vale mencionar que la relación aparentemente anticíclica,

no es propia sólo del corto plazo ya que ha sido confirmada, por otros estudios, para períodos más amplios 2002). Lo anterior sugiere que, en los períodos cortos y largos, con escenarios económicos recesivos o de bajas tasas de crecimiento de la actividad, como ha acontecido en el país en los últimos años, el empleo informal se acentúa porque la población opta por la informalidad como una estrategia de supervivencia que le permite compensar en parte la pérdida de empleo e ingresos.

Así, debido a las dificultades que implicaba la adopción de políticas públicas que incentivarán el aumento de la cobertura del régimen contributivo (tales como la reducción de los costos salariales, el incremento de la formalidad laboral, la disminución del nivel de desempleo), en el 2007 a través de la ley 1122, el gobierno asume una posición más “cómoda” y fija metas de universalidad para el régimen subsidiado en el año 2010, dejando de lado la cobertura del régimen contributivo al no fijar metas para su ampliación.

Por otra parte, podemos manifestar como se ha desarrollado el desempleo en los últimos años, dando una conclusión que la tasa global de participación se ubicó en 62.8% lo que representó una disminución de 1,6 puntos porcentuales frente a septiembre de 2018 (64,4%). La tasa de ocupación fue de 56.3% lo que significó una disminución de 2.0 puntos porcentuales respecto al mismo mes de 2018 (58.3%). En septiembre de 2019, la tasa de desempleo en el total de las 13 ciudades y áreas metropolitanas fue 10,1% y la tasa de ocupación 59,4%. Para el mismo mes de 2018 estas tasas se ubicaron en 10,5 y 60,3% respectivamente. La tasa global de participación se ubicó en 66,1% lo que represento una disminución de 1,2 puntos porcentuales respecto a septiembre de 2018 (67,3%) como se

refleja en el Figura 5. (DANE, GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES (GEIH) MERCADO LABORAL, 2019).

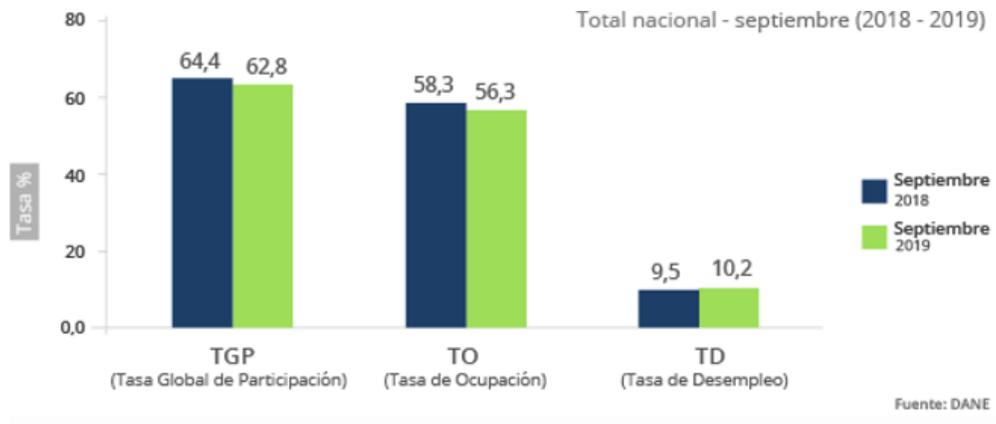


Figura 5
Tasa Global de Participación, Ocupación y Desempleo (2018-2019).
Fuente: DANE

La figura 5 revela una encuesta realizada en los Colombianos.

Sin embargo, pese a las metas fijadas en la ley 1122 la universalidad no se logró para el régimen subsidiado y ante el incumplimiento y el lento crecimiento de la cobertura (especialmente para el régimen contributivo que solo extendió su cobertura a 1'039.763 millones de afiliados nuevos en cuatro años), en los años siguientes no se fijaron nuevas metas o mecanismos a seguir para lograr el aseguramiento universal, aun cuando se expidieron leyes significativas para el sector salud como la 1393 de 2010 y la 1438 de 2011, en las cuales únicamente se subrayó la importancia de la universalidad como obligación a cargo del gobierno el cual debía garantizar la afiliación de la población. Esta falta de compromiso se evidencia en el comportamiento de la cobertura en ambos regímenes desde el 2004, año a partir del cual el régimen subsidiado supera el número de afiliados del régimen contributivo y la cobertura registrada se empieza a alejar cada vez más de los propósitos iniciales del modelo en donde el 70% de la cobertura debía

corresponder al régimen contributivo y el 30% al régimen subsidiado. Estos objetivos aún vigentes, 84 son de gran importancia, ya que hacen parte de los supuestos iniciales previstos para garantizar la autosuficiencia y sostenimiento financieros del sistema, dos postulados muy comunes en los modelos basados en seguros de salud, como es el caso del SGSSS, en donde el análisis de sostenibilidad apunta a que en el mediano o en el largo plazo el financiamiento deba realizarse con recursos propios, que para el caso colombiano equivalen a los recursos de los afiliados contribuyentes que por consiguiente debían ser la mayoría de la población a fin de garantizar el financiamiento propio y del régimen subsidiado al que debía pertenecer una menor parte de la población.

De esta forma, “cuando se promulgó la ley 100 se pensó que el crecimiento de la economía era suficiente para promover un aumento de la afiliación al Régimen Contributivo, lo que, entre otras cosas, iba a favorecer el financiamiento del Régimen Subsidiado. Es decir, habría mayores ingresos en la cuenta de solidaridad y menores necesidades en el Régimen Subsidiado. Estos permitirían el financiamiento de la cobertura total en el Régimen Subsidiado, además de dejar espacio para mejoras en el PBS-S, si se requería. (SOCIALES, 2013).

Ventajas y desventajas que con lleva la creación del Mipres frente al adecuado manejo de la prestación del servicio en salud en Colombia: En cuanto a la creación del MIPRES se estableció con el fin de permitir a los usuarios un fácil acceso a las tecnologías, servicios y medicamentos que no se encuentran en el Plan de Beneficios en Salud y de esta manera minimizar los tramites a los cuales se veían sometidos con el fin de solicitar esta clase de servicios ante la Entidades Promotoras de Salud.

El funcionamiento de la herramienta MIPRES contempla la inscripción del 100% de profesionales del área de la salud y por medio de esta se entregará la fórmula con la prescripción médica de los usuarios, dicha fórmula ya no requiere el trámite de autorización por parte de la EPS y con la misma los usuarios podrán solicitar sus medicamentos, procedimientos y tecnologías requeridas.

El MIPRES obliga a las entidades promotoras de salud entregar los requerimientos bien sea de medicamentos, procedimientos o dispositivos en un término de cinco días. Es así que la resolución 532 de 2017 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social ha sido sujeta a varias críticas, ya que explican que esta herramienta no cumple con uno de sus fundamentos de creación que es la eliminación de barreras en la oferta de medicamentos y tratamientos para así devolver a los médicos su autonomía para tomar decisiones, ya que si bien se prescribe el servicio o su medicamento en la asignación de citas para la realización del mismo, la EPS puede tardarse, por lo que no se concretaría el acceso a la prestación de los servicios que requieran los pacientes.

Para finalizar, es necesario resaltar que esta herramienta facilita a los usuarios la prescripción de servicios de salud no incluidos en el PBS, este no garantiza que el mismo se realice por las instituciones en un tiempo adecuado y determinado, ya que existe un problema de cobertura complejo en las entidades adscritas a las redes de prestación de servicios de salud, que han venido empeorando por las sumas adeudadas por servicios prestados.

Cobertura total de Salud Pública y los niveles de prevención y promoción en Colombia: Se examina la forma como se han entendido las acciones de promoción y

prevención, estableciendo que, si bien estas acciones han adquirido importancia y visibilidad, aún existe confusión frente a la especificidad de cada una de ellas. Se elabora una comparación entre las lógicas que guían la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin de aclarar sus rasgos distintivos y proponer, desde su diferencia, la articulación de las acciones en una política de salud integral. Por último, se reflexiona sobre las dificultades y los obstáculos que existen para asumir la especificidad de la PS en el modelo de atención predominante en Colombia.

CONCLUSIONES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, establecido mediante la Ley 100 de 1993 ha traído buenos resultados en cuanto a salud pública, no obstante, es preocupante su situación financiera, por lo que se deben hacer varios ajustes que generen los incentivos correctos para todos los actores y desarrollar estrategias estatales para la búsqueda de recursos adicionales y externos en pro de un alivio a las finanzas públicas.

En los últimos años, el sistema de salud colombiano ha evidenciado problemas de liquidez, la unificación del PBS para ambos regímenes demandara más recursos financieros dado que aumentara la cobertura para el régimen subsidiado. Es aquí donde juegan un papel importante los planes voluntarios de salud, ya que por ser financiados con recursos completamente diferentes a las cotizaciones que por ley deben hacer los individuos, se convierten en una forma indirecta de captar recursos adicionales a los obligatorios para la inversión en salud.

DISCUSIÓN

Por medio de esta investigación se amplió el conocimiento relacionado en la gerencia de proyectos, ya que de esta manera se aprenden a desarrollar diferentes metodologías para la elaboración de un proyecto y conocer todos los pasos fundamentales al realizar la validación de un proyecto de cualquier categoría.

Adicionalmente permite diferenciar las diferentes normativas del país para cada proyecto o segmento de mercado que se va a trabajar, puesto que al aplicar las regulaciones permite tomar decisiones consistentes y poder llegar a el objetivo deseado.

Por último, el desarrollo de este trabajo permitió ampliar más a fondo el conocimiento que se ha venido realizando a lo largo de esta especialización y adquiriendo habilidades y técnicas para poder dirigir cualquier tipo de proyecto.

RECOMENDACIONES

Es importante ampliar los conocimientos conocer más sobre la administración en salud y distribución para el Sistema de Salud, que permitirán una mejor ejecución, control, dirección y gestión de los recursos de salud para la calidad de la prestación de los servicios.

De igual manera, realizar capacitaciones a la sociedad para que conozcan en detalle el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y que conozcan los derechos a los que los acoge la norma, y que los ciudadanos cuenten con un mejor servicio de salud de manera digna y de calidad, en todo el territorio colombiano.

Combatir la corrupción en el territorio colombiano en el sistema de salud y mejorar la infraestructura para que todos los ciudadanos puedan acercarse de manera fácil a sus centros de asistencia de manera oportuna.

REFERENCIAS

Agudelo, C. A. (2016).

Álvarez, M. H. (2017).

DANE. (2004). *DOCUMENTOS TECNICOS SOBRE EL MERCADO LABORAL*. Obtenido de
de

https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/empleo/mercado_lab_colombiano/analisis_informalidad_urbana.pdf

DANE. (2019). *GRAN ENCUESTA INTEGRADA DE HOGARES (GEIH) MERCADO LABORAL*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>

Eslava, J. C. (1994). *Seguridad Social en Salud: Reforma*. Obtenido de Seguridad Social en Salud: Reforma: <file:///C:/Users/facastillocr/Downloads/18954-61840-1-PB.pdf>

Health System Financing, W. (2010). *World health report*. Obtenido de World health report: <http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD. (1994). Santafé de Bogotá:

Carrera. Obtenido de LA REFORMA A LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Minsalud. (2017). *BOLETÍN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD*. Obtenido de BOLETÍN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid>

Minsalud. (11 de 05 de 2017). *Mipres*. Obtenido de Mipres:

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Que-es-el-aplicativo-Mipres.aspx>

Minsalud. (18 de 11 de 2019). *Comportamiento del aseguramiento*. Obtenido de Comportamiento del aseguramiento:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Moreno, G. A. (2008).

Ojeda, A. M. (2007).

SOCIALES, F. D. (2013). *SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD* . SANTIAGO
DE CALI: FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES .

Terminos, G. D. (2019). *Minsalud*. Obtenido de

<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

Por intermedio del presente documento en mi calidad de autor o titular de los derechos de propiedad intelectual de la obra que adjunto, titulada JOSE ERNESTO AGUILERA MERCADO, autorizo a la Corporación universitaria Unitec para que utilice en todas sus formas, los derechos patrimoniales de reproducción, comunicación pública, transformación y distribución (alquiler, préstamo público e importación) que me corresponden como creador o titular de la obra objeto del presente documento.

La presente autorización se da sin restricción de tiempo, ni territorio y de manera gratuita. Entiendo que puedo solicitar a la Corporación universitaria Unitec retirar mi obra en cualquier momento tanto de los repositorios como del catálogo si así lo decido.

La presente autorización se otorga de manera no exclusiva, y la misma no implica transferencia de mis derechos patrimoniales en favor de la Corporación universitaria Unitec, por lo que podré utilizar y explotar la obra de la manera que mejor considere. La presente autorización no implica la cesión de los derechos morales y la Corporación universitaria Unitec los reconocerá y velará por el respeto a los mismos.

La presente autorización se hace extensiva no sólo a las facultades y derechos de uso sobre la obra en formato o soporte material, sino también para formato electrónico, y en general para cualquier formato conocido o por conocer. Manifiesto que la obra objeto de la presente autorización es original y la realicé sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es de mi exclusiva autoría o tengo la titularidad sobre la misma. En caso de presentarse cualquier reclamación o por acción por parte de un tercero en cuanto a los derechos de autor sobre la obra en cuestión asumiré toda la responsabilidad, y saldré en defensa de los derechos aquí autorizados para todos los efectos la Corporación universitaria Unitec actúa como un tercero de buena fe. La sesión otorgada se ajusta a lo que establece la ley 23 de 1982.

Para constancia de lo expresado anteriormente firmo, como aparece a continuación.

Firma



José Ernesto Aguilera Mercado

CC. 1.032.427.319.

Página 1