

REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS
BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY

¿Qué ha pasado con los principios de Universalidad, Solidaridad y Eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia?

What has happened to the principles of Universality, Solidarity and Efficiency of the General System of Social Security in Health of Colombia?

David Mendieta

Carmen Elena

Sumário

O USO DE BOTS SOCIAIS COMO AMEAÇA À DEMOCRACIA	13
Mateus de Oliveira Fornasier	
IN MEMORIAM: THE REPUBLICAN FORM AND THE SEPARATION-OF-POWERS AMONG THE FOUR BRANCHES OF GOVERNMENT	32
Farris Lee Francis	
TODOS E CADA UM DE NÓS: O INTERESSE PÚBLICO COMO CRITÉRIO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO	44
Mártin Haerberlin e Flávio Comim	
FACTORES DERIVADOS DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL QUE AFECTAN LA USABILIDAD DEL E-GOBIERNO EN MÉXICO	69
Oscar Yahev Carrera Mora, Luis Fernando Villafuerte e Saulo Sinforoso Martínez	
¿QUÉ HA PASADO CON LOS PRINCIPIOS DE UNIVERSALIDAD, SOLIDARIDAD Y EFICIENCIA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA?	87
David Mendieta e Carmen Elena	
CHANGING THE BENCH FOR A HANDSHAKE: LITIGATION, ADMINISTRATIVE RESOLUTION AND MEDIATION IN FREEDOM OF INFORMATION COMPLAINTS IN CHILE	104
Pablo Contreras	
A EVOLUÇÃO IDENTITÁRIA DA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO: POLIFONIA E DECISÕES EM POLÍTICAS DE TRANSPARÊNCIA E ACESSO À INFORMAÇÃO	121
Érica Bezerra Queiroz Ribeiro e Bruno Amaral Machado	
AS RAÍZES CRISTÃS DO PRINCÍPIO JURÍDICO DA FRATERNIDADE E AS CRISES MIGRATÓRIAS DO TERCEIRO MILÊNIO	139
Maria Celeste Cordeiro Leite dos Santos e Marilene Araujo	
JUDICIALIZAÇÃO DESCENTRALIZADA E INDIVIDUALIZADA DA POLÍTICA: MUDANÇAS NAS REGRAS DE TRAMITAÇÃO DE MEDIDAS PROVISÓRIAS A PARTIR DA EMENDA CONSTITUCIONAL 32	155
Leandro Molhano Ribeiro e Mariana Novotny Muniz	
O PAPEL DO CNJ DIANTE DO RECONHECIMENTO DO ESTADO DE COISAS INCONSTITUCIONAL DO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO NA PERSPECTIVA DO ATIVISMO DIALÓGICO	176
Ana Paula Kosak e Estefânia Maria de Queiroz Barboza	

EFEITOS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS (PMM) NOS RESULTADOS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....	196
Alex dos Santos Macedo e Marco Aurélio Marques Ferreira	
ORÇAMENTO PARA OS DIREITOS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM CURITIBA: PLANO E EXECUÇÃO	224
Karoline Strapasson Jambersi e Antonio Gonçalves de Oliveira	
A CAPACIDADE DO ESTADO FRENTE A GESTÃO DE RISCOS E DESASTRES APÓS A POLÍTICA NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (LEI 12.608/2012).....	245
Larissa Maria da Silva Ferentz e Carlos Mello Garcias	
REFUNCIONALIZAÇÃO DA PENA DE PRISÃO: ABORDAGEM ACERCA DA ALIENAÇÃO DO TRABALHO DESDE UMA ECONOMIA POLÍTICA DA PENA	269
Jackson da Silva Leal	
LA CONSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A DEFENSA JURIDICA DE LAS VICTIMAS EN CHILE	286
Marcela Peredo Rojas	
COLABORAÇÃO PREMIADA E SELETIVIDADE DO SISTEMA PENAL: PROBLEMATIZAÇÕES ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE ACORDOS NA OPERAÇÃO LAVA JATO	314
Maiquel Ângelo Dezordi Wermuth e Maurício Habckost Dalla Zen	
PODER, MASCULINIDADE E PARTICIPAÇÃO EM FACÇÕES CRIMINOSAS A PARTIR DE RELATOS ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE PELA PRÁTICA DE ATOS INFRACIONAIS	338
Jailson Alves Nogueira, Ramon Rebouças Nolasco de Oliveira, Lauro Gurgel de Brito e Veruska Sayonara de Góis	
MOBILIZAÇÃO JURÍDICA E O DIREITO AO ABORTO NO BRASIL: A EVOLUÇÃO ARGUMENTATIVA NAS RESPECTIVAS AÇÕES DE CONTROLE CONCENTRADO DE CONSTITUCIONALIDADE	355
Fabiano Hartmann Peixoto e Thales Alessandro Dias Pereira	

¿Qué ha pasado con los principios de Universalidad, Solidaridad y Eficiencia del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia?*

What has happened to the principles of Universality, Solidarity and Efficiency of the General System of Social Security in Health of Colombia?

David Mendieta**

Carmen Elena***

Resumen

La Constitución de Colombia en su artículo 48 establece que los principios rectores del derecho a la Seguridad Social son la Universalidad, la Solidaridad y la Eficiencia. En 1993 se creó el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de la Ley 100. ¿Qué ha pasado con estos principios durante estos 25 años? Con una metodología descriptivo- analítica se llegó a la conclusión que hemos alcanzado la universalidad y solidaridad, pero tenemos un sistema ineficiente.

Palabras clave: Salud. Derecho humano. Seguridad social. Colombia.

Abstract

The Constitution of Colombia in its article 48 establishes that the guiding principles of the right to Social Security are universality, solidarity and efficiency. In 1993 the current General System of Social Security in Health was created through law 100. What has happened to these principles during these 25 years? With a descriptive-analytical methodology it was concluded that we have achieved universality and solidarity, but we have an inefficient system.

Keywords: Health. Human rights. Social security. Colombia.

1 Introducción

En Colombia con la expedición de la Constitución de 1991, se elevaron a rango constitucional por primera vez, los derechos a la Seguridad Social y Salud, consagrados en los artículos 48 y 49 de nuestra carta magna, ambos categorizados como servicios públicos a cargo del Estado e incluidos bajo la denominación de “Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, sujetos a

* Recibido em 22/01/2020

Aprovado em 07/04/2020

** Doctor en Derecho Constitucional. Director del Doctorado en Derecho de la Universidad de Medellín, miembro del Grupo de Investigaciones Jurídicas de la Facultad de Derecho de la Universidad de Medellín. Medellín- Colombia. E-mail: dmendieta@udem.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-6944-6815>

*** Magister en Derecho de la Universidad de Medellín. Doctoranda en Derecho de la misma universidad. E-mail: carmenelenaj@hotmail.com

los principios de Universalidad, Solidaridad y Eficiencia. En conjunto, dichas normas, y el artículo 44 constitucional referente a la salud de los niños, elevado a derecho fundamental desde 1991, comprenden el marco constitucional de la salud en Colombia.

Además, el país andino adquirió varios compromisos internacionales en materia de Seguridad Social y Salud, a través de convenios, pactos y declaraciones que ha ratificado con diferentes organismos internacionales de protección de derechos humanos y que han ingresado a su ordenamiento jurídico como parte del bloque de constitucionalidad. Una de estas obligaciones, es el deber de respeto de las disposiciones y derechos contenidos en los diferentes instrumentos normativos del Sistema Interamericano, entre esos, las decisiones proferidas por la Corte Interamericana:

La jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos tiene antecedentes en materia de protección a la seguridad social, relacionados especialmente con las pensiones y la salud; por tal razón, se constituyen en antecedentes obligatorios para las autoridades judiciales y administrativas de Colombia al revisar los asuntos propios de la seguridad social.¹

Cabe anotar, que el derecho a la salud en Colombia ha sufrido varios cambios importantes tendientes al ejercicio de su reclamación. Desde la década de los 90, fue concebido inicialmente como un servicio público, que dependía de las posibilidades económicas del Estado, ya que se trataba de un derecho de segunda generación, más tarde, evolucionó a derecho fundamental, exigible a través de acción de tutela cuando por conexidad se afectaran otros derechos fundamentales, hasta que la Corte Constitucional en sentencia T-760 de 2008 declara la salud como derecho fundamental autónomo. En el año 2015 se expidió la Ley Estatutaria 1751, la cual reitera su rango de derecho fundamental y establece las bases para su prestación y exigencia.²

Mediante la Ley 100 de 1993, se crea de forma general el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia, en adelante SGSSS. Conformado por un conjunto de instituciones, normas y procedimientos, destinados a dignificar la vida de las personas, mediante la protección de las contingencias que los afecten, principalmente las que menoscaban la salud y capacidad económica³. Pasados 27 años de haber sido creado el SGSSS de Colombia, se hace importante determinar ¿qué ha pasado con los principios de Universalidad, Solidaridad y Eficiencia que inspiraron la creación del sistema? Responder esta pregunta es el objetivo de este trabajo⁴, pero antes se procederá describir algunas particularidades del SGSSS colombiano, así:

¹ “Podemos afirmar que, en materia de seguridad social, hacen parte del bloque de constitucionalidad las siguientes normas del Sistema Interamericano de Derechos Humanos: la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales o Declaración de los Derechos Sociales del Trabajador; la cidh; y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”. BARONA, Ricardo. Protección de la seguridad social en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Páginas de seguridad social. *Revista Universidad Externado de Colombia*, Bogotá, v. 1, n. 1, p. 58-59, 2017.

² “Sobre a Colômbia, o Fundo de Solidariedade e de Garantia (Fosyga) recebe contribuições dos segurados e um ‘subsídio’ para os beneficiários não contribuintes, sendo que o montante financeiro é transferido às administradoras de seguros (em geral – privadas), conforme o número de segurados. É da responsabilidade das administradoras o pagamento aos prestadores das ações e serviços de saúde, tais ações e serviços são divididas em dois grupos: (i) para segurados, e; (ii) para segurados subsidiados pelo Estado. Esse modelo não pareceu guardar compatibilidade com a progressão dos direitos humanos fundamentais, tanto que sofreu reformas nos anos de 2007, 2009 e 2011, e não obstante tivessem natureza incremental, não foram capazes de romper com a estrutura vigente de participação do setor privado na administração dos recursos do seguro social e na prestação de serviços de saúde, bem como a ênfase no Estado regulador e contratual. Contudo, merece destaque que, num contexto de defesa dos direitos humanos, de políticas sociais assecuratórias, a Sentença T – 760 de 2008, exarada pela Corte Constitucional, trouxe mudanças importantes ao cenário do setor saúde na Colômbia. Mesmo que tenha havido a declaração oficial de emergência em saúde (2009), passou-se a reconhecer o direito constitucional à saúde, com equiparação entre o regime contributivo e subsidiado, com aprovação de Lei Fundamental – Lei Estatutária da Saúde, em 2015. Mas, ainda assim, foi mantida a segmentação.” SANTOS, Alethele de Oliveira *et al.* O novo constitucionalismo na América Latina e Caribe, e a construção do direito à saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 450, 2019.

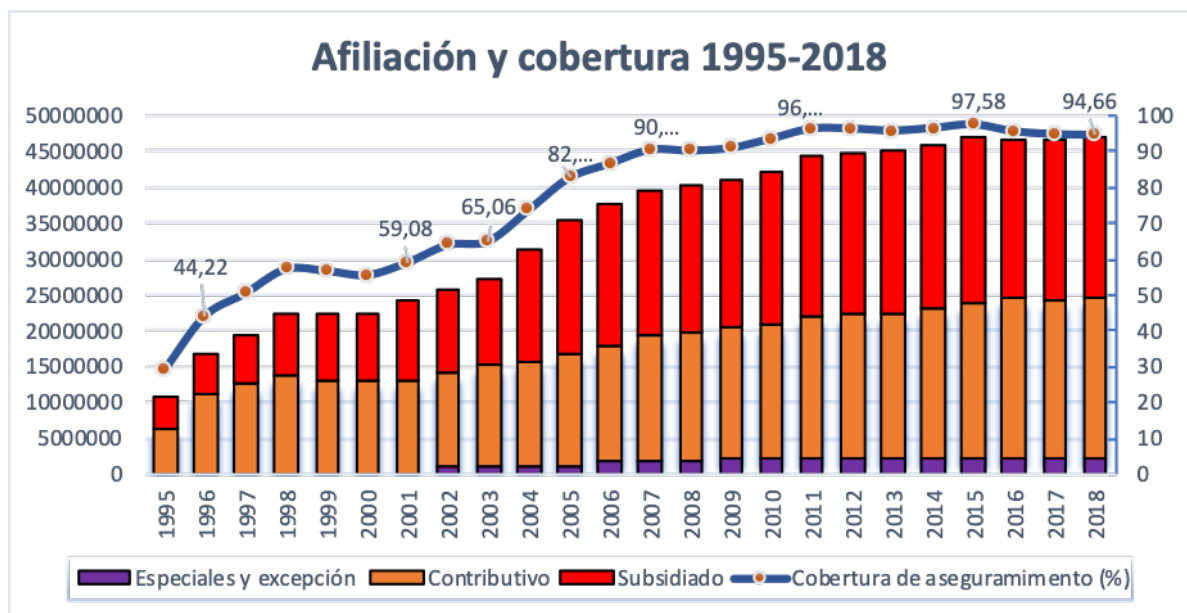
³ Ley 100 de 1993. Preámbulo.

⁴ “Mantener ambigüedades en la definición de los principios suele ser un arma política para los consensos a corto plazo, pero sin capacidades en el medio y largo plazo para hacerlos operativos y tutelar su cumplimiento.” LÓPEZ I CASASNOVAS, Guillem. *Mecanismos y principios para la protección del derecho a la salud*. 2018. p. 6.

2 Funcionamiento del Sistema General en Seguridad Social en Salud de Colombia

El SGSSS existente en Colombia data de 1993, año de expedición de la Ley 100, la cual creó un modelo en el que interactúan entidades del Estado como el Ministerio de Salud y Protección Social -MSPS-, la Superintendencia de Salud -Supersalud-, los departamentos y los municipios, junto con Entidades Prestadoras de Salud -EPS- e Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud -IPS-, que pueden ser del sector público, privado o mixtas.⁵ Se puede ingresar al sistema de tres maneras: siendo parte del régimen contributivo -RC-, en aquellos casos en que se es trabajador dependiente formalizado mediante un contrato de trabajo, pensionado o trabajador independiente con capacidad de pago y que hoy en promedio representan el 41% de la población del país. Siendo parte del régimen subsidiado -RS-, que son aquellas personas que carecen de recursos económicos y están identificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN⁶ y representan en promedio el 47% de la población colombiana y finalmente, a los regímenes especiales -RE- a los que pertenecen trabajadores de algunas entidades del Estado como el magisterio, fuerzas militares, Policía Nacional y la empresa de petróleos del país -ECOPETROL- y representan un 5.5% de la población.⁷ La siguiente gráfica muestra el aumento gradual de afiliados al SGSSS de Colombia desde la década de los 90 hasta el año 2018 y evidencia la Universalidad que ha alcanzado el sistema.

Tabla 1



Fonte: Gráfica elaborada con datos obtenidos de la página oficial del Ministerio de Salud.

En Colombia algunas personas no hacen parte de ninguno de los tres regímenes porque carecen de capacidad de pago, pero no han ingresado al RS, también son atendidos por el SGSSS con cargo a los entes

⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección de Epidemiología y Demografía. *Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)*. Bogotá, 2017.

⁶ “En Colombia la vulnerabilidad de la población se mide con un sistema de puntos que determina el acceso a los programas de asistencia social del Estado denominado SISBEN. Para ser parte del RS se requiere estar inscrito en este sistema en los niveles 1 y 2, lo que significa estar censado como población pobre o que requiere atención prioritaria (niños abandonados o afectados por el conflicto, desplazados, indígenas, inmigrantes como es el caso de los venezolanos, entre otros).” MENDIETA, David; JARAMILLO, Carmen. El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, UNAM, p. 207, 2019. Disponible em: <http://dx.doi.org/10.22201/ijj.24487899e.2019.29.13905>.

⁷ OCAMPO, Juan Guillermo; OSLEY, María. El sistema de riesgos laborales frente al trabajador del sector informal. *Revista Opinión Jurídica*, p. 183-204, 2016. Disponible em: <https://doi.org/https://doi.org/10.22395/ojum.v15n30a9>.

territoriales y se estima que son un 6.5% de la población.

Cuando fue creado el SGSSS en 1993, había diferencias el RC y el RS, pues los miembros del primero tenían acceso a un Plan Obligatorio en Salud -POS- que tenía diferentes medicamentos y procedimientos más complejos que los que contenía el POS de quienes eran parte del segundo, con lo que se estableció un trato discriminatorio en el país por razones económicas. En el año 2008, la Corte Constitucional expidió la Sentencia T 760, la cual acabó con esta discriminación y en aras de garantizar los derechos a la igualdad y la dignidad humana le ordenó al Gobierno Nacional unificar ambos planes.⁸

En lo que respecta a los planes de beneficios, se impartirán ocho órdenes. A saber, [...] (6) ordenar que se unifique el POS de los menores de edad; (7) ordenar que se adopte un programa y un cronograma para unificar el POS en el caso de las demás personas [...]⁹

En el año 2015, el Congreso de la República expide la Ley Estatutaria 1751, que regula el derecho fundamental de la salud, dicha norma ordenó la desaparición del POS y estableció que los usuarios del SGSSS tienen derecho a todos los medicamentos y procedimientos que sean necesarios para prevenir y enfrentar una enfermedad, excepto aquellos que están expresamente excluidos. Así los colombianos pasamos de tener un listado de medicamentos y procedimientos a los que teníamos acceso a tener otro de servicios y productos excluidos.¹⁰

En este sentido el MSPS expidió la resolución 5267 de 2017, que buscó excluir algunos medicamentos, pero también servicios y productos como colegios e instituciones educativas, educación especial, toallas higiénicas, pañitos húmedos, papel higiénico, entre otros¹¹ Lo que ha llevado a muchos usuarios del SGSSS a acudir a la acción de tutela, llamada en otras latitudes acción de amparo, para que sea un juez quien les garantice el goce efectivo de su derecho a la salud.¹²

Cuando el sistema fue creado el POS solo cubría enfermedades generales y algunas denominadas graves o congénitas, pero con la ayuda de los jueces en general y la Corte Constitucional en particular, mediante decisiones de tutela se fue ampliando dicho POS a otras enfermedades y medicamentos que en muchos casos podían ser onerosos para las EPS.¹³ En Colombia es evidente la relación existente entre la salud y la acción de tutela, pues gracias a este mecanismo de protección de derechos fundamentales se amplió y unificó el POS y muchos colombianos han logrado hacer efectivo este derecho.¹⁴

⁸ MENDIETA, David; TOBÓN, Mary Luz. La dignidad humana y el Estado Social y Democrático de Derecho: el caso colombiano. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, Unisinos, p. 95-108, 2018.

⁹ CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA, Sentencia T 760 de 2008.

¹⁰ Ley 1751, artículo 15, parágrafo 1º.

¹¹ RESOLUCIÓN 5267 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹² Hay quienes cuestionan las particularidades de un mecanismo rápido para la protección del derecho a la salud, es el caso de Santana y Filho que afirman; “Argumenta-se que não é suficiente o recurso a expressões como *dignidade da pessoa humana e mínimo existencial*, por exemplo, para fundamentar, adequadamente, uma decisão em que se discuta o dever jurídico do Estado em garantir direito à saúde aos sujeitos de direito. A postulação pretende, além disso, amparar a hipótese de que intervir em políticas públicas prestacionais, como a relativa ao direito à saúde, especialmente por meio do uso de instrumentos processuais de cognição estreita, caso do mandado de segurança, leva a resultados que promovem, coletivamente, mais dificuldades do que soluções.” SANTANA, Héctor Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. Os limites e a extensão da defesa de direitos fundamentais por meio de instrumentos processuais de cognição estreita: mandado de segurança e o caso da saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 95, 2018.

¹³ En otros países también se discute si el acceso a la salud debe estar sujeto a las condiciones económicas del Estado, un ejemplo es Brasil: “Ao deparar-se com uma demanda individual ajuizada por um autor hipossuficiente que pede ao Estado o fornecimento de medicação prescrita por um médico, o juiz não deverá esbarrar em entraves de ordem econômica. Ao contrário, com fundamento na dignidade da pessoa humana, deverá resguardar o direito à saúde. A possibilidade de intervenção do Poder Judiciário no processo de efetivação de políticas públicas dos direitos sociais e que são de competência dos Poderes Executivo e Legislativo advém da aplicação do texto constitucional e da própria lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde no país. Ambos os diplomas, em nenhum momento, trazem a expressão “limitado ao teto da lei orçamentária” para cumprir a assistência à saúde, o que possivelmente não deixaria dúvidas para o seu intérprete para conciliar a saúde com o custo estatal daquele direito.” LEITÃO, Andre Studart *et al.* A escolha do Estado brasileiro pelo direito fundamental à saúde: o dever de financiar medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 778, 2018.

¹⁴ La salud sigue siendo en la región latinoamericana uno de los derechos más exigidos por vías judiciales y no judiciales, un ejemplo es México: “Esta incidencia de documentos de recomendación sobre el derecho a la salud representa el 29.5% del total de las resoluciones que en los últimos años ha emitido la CNDH; esto es, casi una tercera parte del total, y constituye el derecho vulnerado

Otro aspecto importante en el funcionamiento del SGSSS colombiano es la concentración de recursos y tecnologías en uno de los niveles de complejidad del sistema. El decreto 1011 de 2006, les exige a los prestadores del servicio sean del sector público o del privado a constituirse como IPS e inscribirse en el Registro Especial de Prestadores de Servicios en Salud –REPSS-. A 2018, hubo en Colombia 11.500 de ellas inscritas. Estas instituciones prestan el servicio según tres niveles de complejidad.¹⁵ Los tratamientos más complejos, pero también más costosos son realizados por las del tercer nivel. Esto ha llevado a que las IPS públicas que deberían tener vocación de servicio a todos los colombianos, en la práctica hayan descuidado la atención en el primer y segundo nivel y enfoquen sus esfuerzos humanos, económicos y tecnológicos para la atención en el tercero.

Con respecto a los prestadores públicos, se observa una disminución en la oferta de servicios de los primeros niveles de atención, a partir de la información del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, la cual ha disminuido entre 2013 y 2016 en un 2.8%; en el segundo nivel se presenta el mismo comportamiento con una disminución del 1.5%; llama la atención el crecimiento significativo de las IPS públicas de tercer nivel de atención las cuales crecen durante el mismo periodo en 9.8%.¹⁶

Algunos prestadores han hecho un gran esfuerzo para certificarse como IPS de alta calidad. En julio de 2010 se contaba con 19 de estos prestadores acreditados, a diciembre de 2019 ya había en el país 48 avaladas en estándares excelencia, de las cuales 11 eran del sector público, 36 del privado y una mixta.¹⁷ Este es uno de los aspectos contradictorios de la salud en Colombia, al mismo tiempo que vivimos la mayor crisis de credibilidad del sector ante la sociedad, en el 2019 veinticuatro de nuestros hospitales se posicionaron entre los 58 mejores de América Latina.¹⁸

Como se dijo antes, la Constitución colombiana de 1991 en su artículo 48 establece como principios del derecho a la seguridad social la Universalidad, la Solidaridad y la Eficiencia, a continuación, buscaremos responder que ha pasado con cada uno de estos principios, pasados 29 años de haber sido expedida la Constitución y más de 27 de haber sido creado el SGSSS mediante la Ley 100 de 1993.

3 ¿Es el Sistema General de Seguridad Social en Salud universal en Colombia?

La ley de 1993 en su artículo 2° define la Universalidad en los siguientes términos: “Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.”

La cobertura universal en materia de salud es el principal logro del modelo colombiano, pues en 25 años

más recurrente. Esa especial centralidad que este derecho social ha tenido para la Comisión Nacional es de suma importancia para la justiciabilidad de este derecho social, y representa un avance sustancial en la eficacia que este tipo de órganos de protección tienen frente a salvaguardas judiciales. Por tanto, la cuestión no es un tema menor, considerando la dificultad que aun en las democracias contemporáneas conlleva el reto de garantizar con mayores niveles el derecho a la salud.” DÍAZ, Alejandro. Reflexiones sobre la protección no judicial del derecho a la salud. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Ciudad de México, p. 67, 2019.

¹⁵ RESOLUCIÓN 5261 DE 1994 del Ministerio de Salud y Protección Social.

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Política de atención integral en salud*. Bogotá, 2016.

¹⁷ El ICONTEC entidad encargada de conceder la acreditación de los prestadores de salud en Colombia, la define así: “El Sistema Único de Acreditación es un componente del Sistema de Garantía de Calidad que se pone a disposición de los prestadores de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina pre pagada que voluntariamente quieren demostrar cumplimiento de altos niveles de calidad, es decir, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación (por ejemplo, educación personalizada al paciente y su familia y procesos para identificar las necesidades y el cuidado del paciente después de su egreso de una entidad hospitalaria).” Disponible en: <http://www.acreditacionensalud.org.co/Documents/IPSAcreditadas.pdf>.

¹⁸ Hace parte del ranking cualquier hospital o clínica de alta complejidad latinoamericana que preste múltiples servicios en una amplia gama de especialidades médicas, y que haya sido mencionado como referente por los ministerios de Salud de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Chile, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela u otras fuentes pertinentes. Pueden ser instituciones públicas, privadas o universitarias. Para el año 2019 se invitaron a más de 200 entidades de esos países y el primer lugar lo ocupó el Hospital Israelita Albert Einstein, de San Pablo (Brasil). Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/ranking-de-clinicas-y-hospitales-estos-son-los-mejores-de-latinoamerica-2019>.

se pasó de un 23.7% en 1993 a un 94.6% en 2018. Es importante aclarar que un 6.5% de personas no están afiliadas al sistema, pero no significa que estén excluidas, pues como se dijo antes en caso de emergencias deben ser atendidos con cargo a los entes territoriales.

El sistema ha ido cubriendo progresivamente la mayor parte de la población colombiana, en la siguiente tabla se muestra la evolución de esta cobertura. Se debe aclarar que los RC y RE se han valorado en un solo ítem. Se han tomado los años de los que consta información por parte del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, así:

Tabla 2

Año	Porcentaje de la población total del país cubierta por el SGSSS	De los que se encuentran cubiertos por el SGSSS que porcentaje pertenecen a los RC y RE	De los que se encuentran cubiertos por el SGSSS que porcentaje pertenece al RS	Porcentaje de la población total del país NO cubierta por el SGSSS
1993	23.7	22.4		76.3
1997	57.2	37.6	19.6	42.8
2003	61.8	38.9	22.9	38.2
2008	86	41.71	43.95	13.8
2010	88.7	42.13	46.12	11.1
2011	90.1	45.14	44.78	9.7
2012	90.6	43.04	47.3	9.2
2013	91.3	44.83	46.38	8.6
2014	94.1	45.07	48.83	5.8
2015	94.6	47.87	46.54	5.2
2016	95.4	47.8	47.4	4.4
2017	94.6	47.02	47.3	5.2
2018	93.5	45.44	47.87	6.5

Fonte: Elaboración propia con información suministrada por el DANE, excepto el año 1993 pues la información fue obtenida del texto de Carlos Agudelo que consta en las referencias.

Sobre el logro de la Universalidad se le han hecho reconocimientos al país, por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, en su *“Informe mundial sobre la protección social – La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017 – 2019”*, se refirió a los avances de Colombia en los siguientes términos:

Colombia es uno de los casos recientes de América Latina en que se ha avanzado en la extensión de la protección de la salud. El sistema de salud se basa en el principio de universalidad, que obliga a todos los ciudadanos a afiliarse sea al régimen contributivo, si tienen capacidad para hacerlo, sea al régimen subsidiado en el caso de los trabajadores de ingresos bajos. Los afiliados a uno u otro de los regímenes tienen derecho a las mismas prestaciones. Este sistema ha ayudado a alcanzar altas tasas de cobertura legal y reducir los gastos por pagos directos.¹⁹

Pero es importante no equiparar la cobertura universal con la accesibilidad. La gran mayoría de los colombianos pertenece a un régimen de salud, ya sea RC, RE o RS, pero esto no significa que todos tengan acceso efectivo a IPS acreditadas por sus estándares de alta calidad y profesionales especialistas en las muchas áreas de la medicina. Es diferente cobertura que accesibilidad.

¹⁹ OIT. *Informe mundial sobre la protección social: 2017-2019: la protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. OIT, Suiza, 2017. Disponible em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_605075.pdf.

Lo anterior refleja que existe una inequitativa distribución de la oferta de prestadores de servicios de salud en Colombia que impide un acceso equitativo a la atención médica.²⁰

Es tan abstracta la accesibilidad a los servicios de salud que se han generado diversas barreras que impiden que la atención en salud se materialice de una manera efectiva.²¹

Es innegable el logro de alcanzar en 25 años la cobertura universal en salud para los colombianos. Pero no todos los colombianos tienen acceso efectivo a la misma calidad del servicio, pues existen muchas variables tales como: lugar de residencia, si la EPS a la que se pertenece tiene o no contrato vigente con las IPS que poseen mejor experticia y tecnología, si la EPS tiene o no créditos con las IPS. Lo que significa que estamos frente a un sistema que de nuevo estratifica a los colombianos.²²

[...] En economías con fuertes disparidades distributivas, el problema más importante es la tendencia natural que genera el mercado a que el sector privado oriente su oferta —en cantidad y especialmente en calidad— hacia los sectores de mayores ingresos. Este problema no se soluciona necesariamente con un esquema de subsidios a la demanda y exige, por lo tanto, que el Estado diseñe instrumentos para aumentar la oferta dirigida a los sectores de bajos ingresos.²³

4 ¿Es el Sistema General de Seguridad Social en Salud Solidario en Colombia?

La definición del principio de Solidaridad dada por la Ley 100 de 1993 en el artículo 2° se centra en la mutua ayuda de los colombianos y el deber del Estado de asistir a los grupos más vulnerables en los siguientes términos:

Es la práctica de la mutua 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 aplicarán siempre a los grupos de población más vulnerables.

El artículo 242 de la ley 1955 de 2.019 reduce la solidaridad del SGSSS a la existencia del RS, así:

Los afiliados al Régimen Subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. La población que sea clasificada como pobre o vulnerable según el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén), recibirá subsidio pleno y por tanto no deberá contribuir. Los afiliados al Régimen Subsidiado de salud que, de acuerdo al Sisbén, sean clasificados como no pobres o no vulnerables deberán contribuir solidariamente al sistema, de acuerdo a su capacidad de pago parcial, definida según el mismo Sisbén [...]

El RS fue creado con el propósito de financiar la vinculación al SGSSS de aquellas personas en situación de pobreza o vulnerabilidad, que carecen de capacidad económica para cotizar al RC. Es así, que se configura un sistema de salud que tiene como base, que quienes poseen recursos económicos deban subsidiar solidariamente la salud de aquellos que no tienen ingresos. En este aspecto, la doctrina considera:

²⁰ AYALA, Jhorland. *La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso*, en: documentos de trabajo sobre la economía regional. n. 204. Bogotá: Banco de la República, 2014.

²¹ ÁLVAREZ, Gabriel. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*, v. 7, n. 2, p. 106-125, 2016.

²² DUQUE, Sandra; QUINTERO, María; DUQUE, Derfrey. La seguridad social como un derecho fundamental para las comunidades rurales en Colombia. *Revista Opinión Jurídica*, Medellín, p. 89-209, 2018. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.22395/ojum.v16n32a8>.

²³ OCAMPO, José Antonio. Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. *Revista de la CEPAL*, n. 65, 1998.

Como se dijo antes, en el RC se financia con los aportes de los trabajadores, cuya contribución es obligatoria y equivale a 12.5% de los ingresos laborales o salario base de cotización de los cuales al trabajador se le descuenta un 4% de su salario, mientras que el empleador se encarga de pagar el restante 8.5%.²⁵ Los trabajadores independientes y los pensionados deben pagar la totalidad de la contribución. El RS se financia con 1.5% que aportan los trabajadores, el 1% que dan los pensionados y otros actores del RC²⁶, más recursos de las entidades territoriales y demás fuentes establecidas en la ley²⁷. Los RE afilian a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos –ECOPETROL–, los docentes que laboran para el Estado y las universidades públicas, entre otros. Los RE operan con recursos de las cotizaciones de los funcionarios públicos más los aportes del Estado.²⁸ Los recursos públicos con destinación a la salud son inembargables, tienen destinación específica y no se les podrá dar uso diferente al que se establece en la Constitución y en la Ley.²⁹

El sistema fue creado bajo la premisa que muchos fueran los aportantes al RC y poco los vinculados al RS. Lo anterior requería de un aumento importante del número de trabajadores formalizados en Colombia y una disminución ostensible de la población en condiciones de vulnerabilidad. De acuerdo con las tablas No 1 y 2, de la presente investigación con la primera condición no se cumplió, pues en los últimos 20 años solo se ha formalizado un 8% de los trabajadores en Colombia pasando de un 37,6% en 1997 a un 45.44% en 2018. Para el mismo periodo el número de integrantes del RS creció más del doble, pasando 19.6% a 47.87%, no significa que haya crecido la pobreza, sino como lo muestran las tablas, más personas en condiciones de vulnerabilidad que estaban por fuera del sistema ingresaron al RS. En el país el 50% de la población cubre con sus aportes y cotizaciones cerca del 70% de los gastos del sistema y el otro 30% es asumido por el Estado.

En Colombia, los recursos financieros que se obtienen por medio de cotizaciones y aportes representan cerca del 70% del total, mientras que más del 50% de los afiliados se encuentran en el régimen subsidiado.³⁰

En este mismo sentido, el artículo 77 de la ley 1955 de 2019, prevé un ambicioso programa de saneamiento fiscal y financiero para las Empresas Sociales del Estado -ESE- que pagará las deudas que el SGSSS fue acumulando por años, ya sea por sus problemas estructurales, corrupción o negligencia. Dicha norma define el programa así:

Se entiende por Programa de Saneamiento Fiscal y Financiero de Empresas Sociales del Estado, un programa integral, institucional, financiero y administrativo, que tiene por objeto restablecer la solidez económica y financiera de estas Empresas y asegurar la continuidad, la calidad y la oportunidad en la prestación del servicio público de salud, respetando, en todo caso, lo señalado por el artículo de la Ley 1751 de 2015 [...].³¹

Lo anterior nos lleva a concluir que el SGSSS de Colombia también es Solidario, pues la salud de la mitad de los colombianos es pagada con recursos de la otra mitad y con otros públicos, como es el caso de los impuestos. Además, con recursos de todos los colombianos se está salvando un número importante de entidades públicas que prestan el servicio de la salud. Ahora que tenemos un sistema universal y solidario, los esfuerzos deben ir encaminados a consecución de un modelo eficiente, lo anterior es todo un reto.

Tal vez el principal desafío de los procesos de reforma sea el conciliar los requerimientos de eficiencia

²⁵ Ley 1122 de 2007, artículo 10°.

²⁶ Ley 1122 de 2007, artículo 10°.

²⁷ Ley 1122 de 2007, artículo 11.

²⁸ La ley 1955 de 2019 en sus artículos 77 y 234 al 245, restablece algunos parámetros de funcionamiento, financiación y estabilidad financiera del SGSSS.

²⁹ Ley 1751 de 2015, artículo 25.

³⁰ AGUDELO, Carlos *et al.* El sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2817-2828, 2011.

³¹ Artículo 77 de la ley 1955 de 2019.

con los de solidaridad. En el ámbito del financiamiento, la introducción de seguros de riesgos debe ir acompañada con medidas que eviten la selección (discriminación) de riesgos, y sistemas de subsidios que permitan combinar la solidaridad en el financiamiento con contribuciones en función del riesgo.³²

5 ¿Es el Sistema General de Seguridad Social en Salud eficiente en Colombia?

La eficiencia es el tercer principio enunciado por el artículo 48 de la Constitución colombiana y la Ley 100 de 1991 la define de la siguiente manera:

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 en forma adecuada, oportuna y suficiente.

Los recursos económicos destinados al sector salud en Colombia son millonarios. Representan un porcentaje importante del producto interno bruto (PIB) y cuyo promedio en los 25 años que se tienen datos es 6.4%. El siguiente cuadro muestra el porcentaje del PIB destinado a la salud en Colombia entre 1.993 y 2.017.

Tabla 4

1.993	1.994	1.995	1.996	1.997	1.998	1.999	2.000	
6.2	6.8	6.8	8.2	9	8.7	8.7	5.7	
2.001	2.002	2.003	2.004	2.005	2.006	2.007	2.008	
6.0	5.8	5.8	5.8	6.1	6.7	6.5	6.9	
2.009	2.010	2.011	2.012	2.013	2.014	2.015	2.016	2.017
7.3	7.1	6.8	6.8	7.3	7.1	7.3	7.2	7.2 ³³

Para muchos el SGSSS ha convertido la salud en un negocio, cuya cobertura es universal y los recursos con los que funciona son obtenidos de manera solidaria, pero su prestación en muchos casos es de mala calidad y excluyente pues muchas EPS establecen trabas al goce efectivo del derecho por parte de sus usuarios, obligándolos a tener que acudir a la vía judicial para acceder al derecho a través de la acción de tutela.

Para el año 2018 se presentaron en el país un total de 607.308 tutelas y en el 2.019 fueron 662.709, de las cuales 207.734 y 198.087 respectivamente, fueron contra el sector salud.³⁴ Es decir, una de cada tres tutelas presentadas busca hacer efectivo el derecho en cuestión. En Colombia al igual que en otros países de la región como Brasil se habla de la judicialización del derecho a la salud.³⁵ En palabras del expresidente

³² TITTELMAN, Daniel. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia, México*: Fondo de Cultura Económica, 2000. p. 48.

³³ El porcentaje del PIB con destinación a la salud en Colombia fue obtenido con información encontrada en: BARÓN-LEGUIZAMÓN, Gilberto. Gasto nacional en salud de Colombia: 1993-2003: composición y tendencias. *Rev. Salud Pública*, v. 9, n. 2, p. 167-179, 2007. y la CEPAL. Disponible em: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=55&idioma=e>. Se debe aclarar que para la fecha de construcción del texto no se encontraron datos de los años 2018 y 2019.

³⁴ Cifras obtenidas de la página de la Corte Constitucional de Colombia. Disponible em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>. Acceso em: 4 abr. 2020.

³⁵ “Contudo, visualizou-se que, embora haja um excesso de ações judiciais no setor saúde, crescente quantitativamente a cada ano, não são apresentadas propostas para reversão desse fenômeno ou reavaliação/ reformulação de políticas públicas assistenciais na saúde, o que denota um vício entre busca judicial, garantia do direito a saúde, deficit orçamentário e pouca resolutividade da judicialização da saúde.” DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Judicialização da saúde pública brasileira. *Revista Brasileira de Políticas*

de la Corte Constitucional Alejandro Linares, la crisis de la salud se evidencia por el alto número de tutelas instauradas por los colombianos.

Creemos que la situación del Sistema de Salud sigue siendo crítica, eso se manifiesta en el número de tutelas que sigue la gente interponiendo en materia de acceso a la salud en todas sus formas.³⁶

Desconocer o entorpecer al acceso al goce efectivo del derecho a la salud por el ánimo de lucro ha llevado a que el SGSSS colombiano esté siendo cuestionado y muchos lo tilden de fallido y desprestigiado. Desde hace mucho tiempo los colombianos sabemos que nuestro SGSSS está en crisis. Es común que los titulares de los periódicos y demás medios de comunicación nos lo recuerden y no nos hemos repuesto de un escándalo en el sector cuando tenemos que enfrentar uno nuevo. Tenemos un sistema Solidario y Universal, pero los usuarios se quejan de la mala calidad del servicio prestado.

El fenómeno financiero de la integración vertical, el uso indebido de recursos públicos, los sospechosos recobros de las eps al Fosyga e innumerables casos en los que se evidencia la muerte de pacientes debido a la pésima calidad del servicio, son apenas la punta del iceberg de un problema social caracterizado por su crisis en variables estructurales.³⁷

El modelo de intermediación de las EPS en Colombia lleva mucho tiempo en entredicho. Recursos de la salud han sido utilizados en actividades ajenas a garantizar el derecho. Frente a la mala prestación del servicio, denuncias por corrupción y la incapacidad económica, varias aseguradoras han tenido que ser intervenidas y liquidadas, dejando deudas multimillonarias a las IPS e incluso llevando a su quiebra.

La combinación de crisis de legitimidad, crisis regulatoria generalizada e incapacidad de las aseguradoras en salud para responder por sus obligaciones fue generando condiciones percibidas por los agentes públicos y privados como una crisis sectorial que afecta las expectativas futuras para el desarrollo del derecho a la salud y la garantía del goce efectivo al acceso, uso y calidad de los servicios [...] ³⁸

El gran número de tutelas contra los sujetos prestadores de la salud en Colombia no es la causa de la ineficiencia del sistema, sino consecuencia de la misma, la principal causa es la corrupción que ha llevado a la pérdida de credibilidad del SGSSS, en este sentido el tercer informe del Monitor Ciudadano de la Corrupción (“plataforma de curaduría de información, investigación y seguimiento de la corrupción en nuestro país”), sitúa la salud como uno de los sectores donde más recursos públicos se invierten, pero al mismo tiempo es una de las actividades donde más actos de corrupción se presentan:

Más de la mitad de los hechos de corrupción reportados por la prensa afectaron los sectores de Educación (16 %), Infraestructura y Transporte (15 %), Salud (14 %) y Función Pública (12 %) [...]

Preocupa que a los tres primeros se destina la mayor parte de los recursos públicos y determinan en mayor medida el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar de los ciudadanos.³⁹

De la siguiente gráfica, se puede apreciar en general, los porcentajes de los sectores mayormente afectados por hechos de corrupción incluido la salud:

Públicas, UniCEUB, Brasilia, p. 136, 2016.

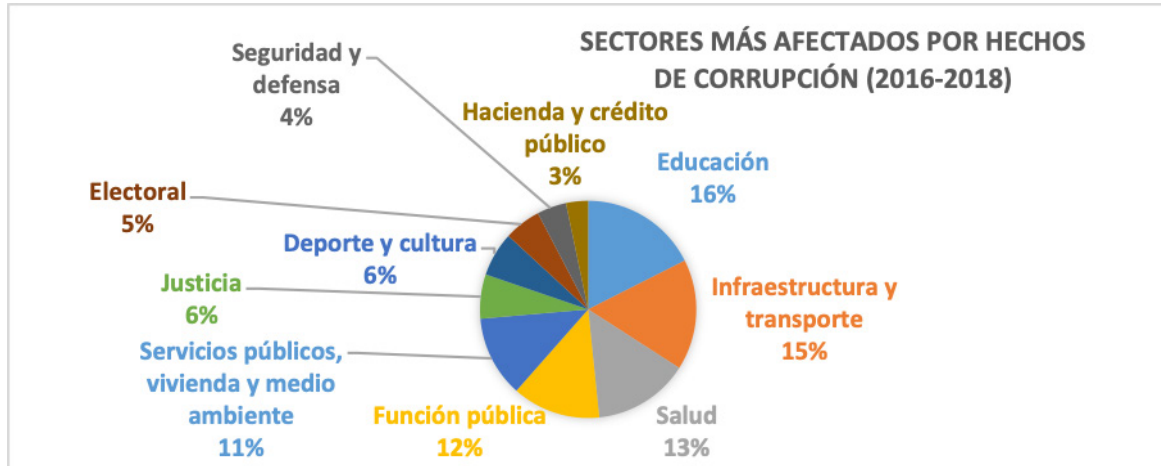
³⁶ LINARES, Alejandro. *Expresidente de la Corte Constitucional de Colombia*. Entrevista dada la cadena radial Caracol el 18 de diciembre de 2018. Disponible em: http://caracol.com.co/radio/2018/12/19/judicial/1545179479_836263.html.

³⁷ RIVERA, Andrés. Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Gestión & Desarrollo*, v. 10, n. 1, p. 103-116, 2013.

³⁸ SUÁREZ-ROZO, Luisa Fernanda *et al.* La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*, Bogotá, p. 34-50, 2017. Disponible em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>.

³⁹ CORPORACIÓN TRANSPARENCIA POR COLOMBIA. *Así se mueve la corrupción: radiografía de los hechos de corrupción en Colombia 2016-2018*. Bogotá, 2019. Disponible em: <https://transparenciacolombia.org.co/Documentos/2019/Informe-Monitor-Ciudadano-Corrupcion-18.pdf>.

Tabla 5



Fonte: Gráfica elaborada con datos derivados del tercer informe del Monitor Ciudadano de la Corrupción a partir de registros de prensa nacional y regional.

Muchos acusan del mal estado de la salud en Colombia al SGSSS surgido de la ley 100 de 1993. En 27 años de su existencia ha habido intentos por sacarlo de una situación endémica. Mientras se alcanzaban la Solidaridad y la Universalidad, no se lograba la eficiencia.⁴⁰ Los recursos económicos limitados han tenido que ser destinados para cubrir una gran población y en este proceso, mucho dinero se ha perdido en actos de corrupción y mercantilismo. Perjudicando a los aportantes y a los no aportantes. Las aseguradoras y sus prestadores han visto la salud más como un negocio que como un derecho.

[...] es claro considerar la crisis de la salud en Colombia como un problema moral que nace de la Reforma de 1993, la cual fue solicitada por organismos financieros internacionales con base en un proyecto de reforma realizado por un agente extraño a nuestra idiosincrasia [...]⁴¹

el derecho a la salud aun siendo considerado como fundamental e inescindible de la dignidad humana se ha visto desplazado por el ejercicio de la libertad de empresa vía contención de costos, barreras de acceso, en especial de tipo económicas y de índole administrativo [...]⁴²

Hemos logrado la cobertura universal, gracias a que tenemos un sistema solidario, pero tenemos que hacer un alto en el camino y preguntarnos: ¿es así como queremos alcanzar la universalidad? Pues el ideal es que se logre con el ingreso de la mayoría de los colombianos al RC y que pocos requirieran de una salud subsidiada. Tenemos que aumentar y optimizar los recursos para que todos los colombianos puedan acceder de manera efectiva a medicamentos y procedimientos idóneos sin importar la EPS a la que estén afiliados, la zona del país donde residan y el nivel socioeconómico al que pertenezcan.

⁴⁰ En otros países como Brasil y Ecuador también hubo avances en la materialización del derecho a la salud y como en Colombia, también se reclama mejores niveles de eficiencia: “Nesse tocante, verificou-se que apesar do avanço de reconhecimento da tutela pública de saúde, torna-se essencial garantir, no que tange às políticas públicas, a sua *efetividade*, mediante não apenas o oferecimento do serviço público, mas o acesso *generalizado, contínuo e eficiente*, do atendimento hospitalar e ambulatorial.” MOURA, Emerson Afonso da Costa; ORDACGY, Fabrizia da Fonseca Passos Bittencourt. Direito à saúde, políticas públicas do Sistema Único de Saúde e acesso ao serviço público hospital e ambulatorial. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 58. y “El sistema de salud ecuatoriano sin duda se ha fortalecido con el profundo y ambicioso proceso de reforma, el cual ha sido posible gracias a un apoyo político explícito y sostenido, expresado en la priorización de la salud como un derecho de todos y de todas. No obstante, existen grandes retos aún pendientes, entre los cuales se destacan la implementación de un modelo de financiamiento sostenible con un fondo mancomunado para el sistema público, que permita una mayor eficiencia en el gasto en salud y garantice la sostenibilidad del sistema en el mediano plazo”. ESPINOSA, Veronica; ACUÑA, Cecilia; DE LA TORRE, Daniel; TAMBINI, Gina. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, n. 96, 2017. Disponible em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2017.96>.

⁴¹ GÓMEZ, Floro. La crisis de la salud en Colombia: un problema moral. *Revista Colombiana Salud Libre*, p. 8-56, 2016.

⁴² GAÑAN, Jaime. *Los muertos de la ley 100*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013. p. 248-249.

GÓMEZ, Floro. La crisis de la salud en Colombia: un problema moral. *Revista Colombiana Salud Libre*, p. 8-56, 2016.

GAÑAN, Jaime. *Los muertos de la ley 100*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013. p. 248-249.

Como se ha dejado constancia en el presente escrito, el principal obstáculo para el logro de la eficiencia es la corrupción que está desangrando el SGSSS, lo anterior seguirá sucediendo mientras unos pocos vean la salud no como un derecho sino como la manera de enriquecerse rápidamente y quienes sirven al Estado colombiano no hagan lo necesario para evitarlo, en muchos casos por complicidad.

Tras los escándalos de corrupción, se ha demostrado que estas entidades no garantizan la atención integral en salud, pero sí han logrado anteponer los márgenes de utilidad o intereses económicos sobre las medidas que toman el Gobierno y el Congreso de la República para tratar de mejorar el sistema⁴³

El afán por apropiarse de las utilidades económicas de este mercado es, en el fondo, el factor que ha impulsado y mantenido el modelo sanitario de Colombia a pesar de sus evidentes fallos y su desprestigio.⁴⁴

6 Conclusiones

La Universalidad es uno de los principios que regulan la seguridad social en Colombia y pasados 25 años de vigencia del SGSSS podemos afirmar que se alcanzó esta meta, pues pasamos tener un 23.7% en 1991 a un 94.6% de población asegurada y un 6.5% restante con acceso al derecho a la salud a cargo de las entidades territoriales, conforme a datos del 2018.

Como se dejó constancia en la parte final de este escrito, el SGSSS fue concebido para que el número de afiliados al RC fuese muy superior a los del RS, pero esto no se ha cumplido y hoy cerca del 50% de los colombianos tienen acceso a la salud de manera subsidiada.

La Solidaridad es el otro principio alcanzado por el SGSSS colombiano, los recursos con los que funciona el sistema provienen un 70% de la mitad de la población y el otro 30% es cubierto con dineros públicos provenientes de impuestos. Además, deudas millonarias que por años fue acumulando el sistema están siendo pagadas con recursos de todos los colombianos. Como se dijo antes, si fueran más los afiliados al RC y pocos los del RS y el sistema sería auto sostenible y los recursos que hoy aporta el Estado podrían destinarse para solucionar otros problemas y así, mejorar la calidad de vida de los colombianos.

La eficiencia del SGSSS colombiano está en entredicho, siendo la corrupción el principal problema que le aqueja y el alto número de tutelas que contra el sistema se instauran un elemento que evidencia esta crisis.

Tenemos más personas afiliadas, pero no todas tienen acceso efectivo a la salud. El país sigue siendo increíblemente desigual a la hora de acceder a centros hospitalarios y profesionales de la salud. Para el año 2019 tenemos 24 de los mejores 58 hospitales de Latinoamérica, es decir el 41.37%, pero están concentrados en Bogotá, Medellín, Cali, Bucaramanga, mientras que un número importante de colombianos que se encuentran en regiones como la Orinoquia, Pacífica o Amazonia no tienen acceso ni siquiera a un centro de salud básico. En materia de salud el país está dividido en castas, los que contribuyen y los subsidiados, los ricos y los pobres, los que viven en zonas donde hay buenos hospitales y el resto.

El SGSSS colombiano lleva mucho tiempo en cuidados intensivos, se han hecho esfuerzos, pero no los suficientes para salvar al enfermo. El Estado colombiano (especialmente el Congreso de la República y el Gobierno Nacional) ha buscado salvar a la salud de su grave enfermedad con pañitos de agua tibia y mientras tanto los grandes perjudicados son aquellos quienes tienen menos recursos ya sean del régimen subsidiado, pero también del contributivo. Tenemos un sistema universal, solidario, pero ineficiente.

⁴³ DÍAZ, Gloria. Se necesita una reforma estructural del sistema de salud que resalte los valores de los colombianos. In: *Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia*. Bogotá, 2013.

⁴⁴ GÓMEZ-ARIAS, Rubén. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 31, n. 4, 2014.

Bibliografía

- AGUDELO, Carlos *et al.* El sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p. 2817-2828, 2011.
- ÁLVAREZ, Gabriel. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Revista CES Derecho*, v. 7, n. 2, p. 106-125, 2016.
- AYALA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura, pero menos acceso. *In: Documentos de trabajo sobre la economía regional*. n. 204. Bogotá: Banco de la República, 2014.
- BARÓN-LEGUIZAMÓN, Gilberto. Gasto nacional en salud de Colombia: 1993-2003: composición y tendencias. *Revista Salud Pública*, v. 9, n. 2, p. 167-179, 2007.
- BARONA, Ricardo. Protección de la seguridad social en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Páginas de seguridad social. *Revista Universidad Externado de Colombia*, Bogotá, v. 1, n. 1, p. 31-59, 2017.
- CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Gasto corriente total en salud como porcentaje del PIB*. Disponible em: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=55&idioma=e>.
- CORPORACIÓN TRANSPARENCIA POR COLOMBIA. *Así se mueve la corrupción: radiografía de los hechos de corrupción en Colombia: 2016-2018*. Bogotá, 2019. Disponible em: <https://transparenciacolombia.org.co/Documentos/2019/Informe-Monitor-Ciudadano-Corrupcion-18.pdf>.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA. *Estadísticas*. Disponible em: <https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php>.
- DIAS, Maria Socorro de Araújo *et al.* Judicialização da saúde pública brasileira. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 125-138, 2016.
- DÍAZ, Alejandro. Reflexiones sobre la protección no judicial del derecho a la salud. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Ciudad de México, v. 28, p. 35-70, 2019.
- DÍAZ ORTIZ, Gloria. Se necesita una reforma estructural del sistema de salud que resalte los valores de los colombianos. *In: Contribución de la Universidad del Rosario al debate sobre salud en Colombia*. Bogotá, 2013.
- DUQUE, Sandra; GÓMEZ, Natalia; RIVERA, Christian. Sobre la materialización del principio de solidaridad en el sistema general de salud colombiano. *Revista CES Derecho*, Medellín, v. 4, n. 2, 2013.
- DUQUE, Sandra; QUINTERO, María; DUQUE, Derfrey. La seguridad social como un derecho fundamental para las comunidades rurales en Colombia. *Revista Opinión Jurídica*, Medellín, p. 89-209, 2018. Disponible em: <https://doi.org/https://doi.org/10.22395/ojum.v16n32a8>.
- ESPINOSA, Verónica; ACUÑA, Cecilia; DE LA TORRE, Daniel; TAMBINI, Gina. La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 41, n. 96, 2017.
- GAÑAN, Jaime. *Los muertos de la ley 100*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2013.
- GÓMEZ-ARIAS, Rubén; NIETO, Emmanuel. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, Lima, v. 31, n. 4, p. 733-739, 2014.
- GÓMEZ, Floro. La crisis de la salud en Colombia: un problema moral. *Revista Colombiana Salud Libre*, Bogotá, p. 48-56, 2016.
- LEITÃO, Andre Studart *et al.* A escolha do estado brasileiro pelo direito fundamental à saúde: o dever de financiar medicamentos de alto custo. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 766-780, 2018.

LINARES, Alejandro. *Expresidente de la Corte Constitucional de Colombia*. Entrevista dada la cadena radial Caracol el 18 de diciembre de 2018. Disponible em: http://caracol.com.co/radio/2018/12/19/judicial/1545179479_836263.html.

LÓPEZ I CASASNOVAS, Guillem. *Mecanismos y principios para la protección del derecho a la salud*. Alcalá de Henares, 2018.

MENDIETA, David; TOBÓN, Mary Luz. La dignidad humana y el Estado Social y Democrático de Derecho: el caso colombiano. *Revista de Estudos Constitucionais, Hermenêutica e Teoria do Direito (RECHTD)*, Unisinos, v. 10, n. 3, p. 278-789, 2018.

MENDIETA GONZÁLEZ, David; JARAMILLO, Carmen Elena. El sistema general de seguridad social en salud de Colombia: universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, Ciudad de México, p. 201-218, sep. 2019.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección de Epidemiología y Demografía. *Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB)*. Bogotá, 2017.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. *Política de atención integral en salud*. Bogotá, 2016.

MOURA, Emerson Affonso da Costa; ORDACGY, Fabrizia da Fonseca Passos Bittencourt. Direito à saúde, políticas públicas do Sistema Único de Saúde e acesso ao serviço público hospital e ambulatorial. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 49-58, 2014.

OCAMPO, José Antonio. Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina. *Revista de la CEPAL*, n. 65, 1998.

OCAMPO, Juan Guillermo; OSLEY, María. El sistema de riesgos laborales frente al trabajador del sector informal. *Revista Opinión Jurídica*, Medellín, p. 183-204, 2016.

OIT. Organización Internacional del Trabajo. *Informe mundial sobre la protección social: 2017-2019: la protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Suiza, 2017. Disponible em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_605075.pdf.

RIVERA, Andrés. Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis, desde las particularidades financieras de las EPS. *Revista Gestión & Desarrollo*, v. 10, n. 1, p. 103-116, 2013.

SANTANA, Héctor Valverde; FREITAS FILHO, Roberto. Os limites e a extensão da defesa de direitos fundamentais por meio de instrumentos processuais de cognição estreita: mandado de segurança e o caso da saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 75-100, 2018.

SANTOS, Alethele de Oliveira. O novo constitucionalismo na América Latina e Caribe, e a construção do direito à saúde. *Revista Brasileira de Políticas Públicas*, UniCEUB, Brasília, p. 443-458, 2019.

SUÁREZ-ROZO, Luisa Fernanda *et al.* La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev. Gerenc Polít Salud*, Bogotá, p. 34-50, 2017. Disponible em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>.

TITTELMAN, Daniel. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2000.

Normas jurídicas

Constitución Política de Colombia de 1991.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007.

Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015.

Ley 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. Diario Oficial No. 49.538 de 9 de junio de 2015.

Ley 1955 de 2019. Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. “Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad”. Diario Oficial No. 50.964 de 25 de mayo 2019.

Sentencia T 760 de 2008, Corte Constitucional de Colombia.

Resolución 5261 de 1994, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Resolución 5267 de 2017, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico www.rbpp.uniceub.br
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.