



EL PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD EN EL ACCESO A LA SALUD EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO*

Yaniza Giraldo Restrepo**

Universidad Carlos III (España)

Adriana María Buitrago Escobar***

Universidad Santiago de Cali (Colombia)

SUMARIO: 1. Introducción. –2. Concepto de igualdad y justicia. –3. La reforma de la salud. –4. La igualdad en el acceso a los servicios de salud. –5. Las consecuencias de la reforma en salud. –6. Conclusiones. –7. Bibliografía.

RESUMEN

La creación del sistema general de seguridad social en salud permitió un aumento significativo de la cobertura para la población colombiana, que antes no contaba con este mecanismo de protección en salud y se encontraba cubierta por el sistema de asistencia pública o sencillamente, debía atender el gasto en salud con recursos propios. En el sector salud, adquirieron mucha importancia los principios de universalidad y solidaridad, de manera que se estableció el seguro público de salud, para cubrir a toda la población y de este modo, garantizar el acceso a los servicios en todos los niveles de atención. Es indudable que la meta de universalizar la cobertura del seguro de salud en el año 2000 fue algo sin precedentes en el contexto latinoamericano y en la historia de la política social en Colombia. Aunque en el país se ha logrado un cierto consenso acerca de la cobertura que alcanzó la seguridad social en salud, luego de 20 años de desarrollo de la ley 100, se presentan diferencias importantes entre analistas y actores de la reforma, en cuanto a la interpretación de las cifras y las perspectivas de aumento de dicha cobertura. Esto se debe a que la Ley 100 de 1993, planteó un sistema de cobertura universal, sin barreras económicas, geográficas ni culturales, que garantizará el derecho a la salud, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; acciones coherentes con las necesidades municipales, gestión comunitaria y las relaciones intersectoriales. Metas que en la práctica no logran consolidarse, ya que las coberturas siguen siendo escasas, y en un importante porcentaje, el usuario debe recurrir a acciones judiciales para acceder al servicio.

* Recibido el 29 de noviembre. Aprobado el 30 de noviembre.

** Doctora en Derecho.

*** Profesora de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.

ABSTRACT

The creation of the general system of social security in health allowed a significant increase in coverage for the Colombian population, which previously did not have this health protection mechanism and was covered by the public assistance system or simply had to attend to spending in health with own resources. In the health sector, the principles of universality and solidarity became very important, because of this, the public health insurance was established, to cover the entire population and, guarantee access to services at all levels of care. There is no doubt that the goal of universal coverage of health insurance in 2000 was unprecedented in the Latin American context and in the history of social policy in Colombia. Although there has been some consensus in the country about the coverage of social security in health, after 20 years of development of the law 100, there are important differences between analysts and reform actors in terms of interpretation of the figures and the prospects for an increase in this coverage. This is because Act 100 of 1993, proposed a system of universal coverage, without economic, geographical or cultural barriers, which will guarantee the right to health, with emphasis on disease prevention and health promotion; actions consistent with municipal needs, community management and intersectoral relations. Goals that in practice failed to consolidated, since coverage is still low, and in an important percentage, the user must resort to legal action to access the service.

Palabras clave: Universalidad, Salud, Seguridad Social, Solidaridad

Key words: Universality, health, Social Security, solidarity

1. INTRODUCCIÓN

La Constitución del Estado colombiano garantiza a sus integrantes la vida, a su vez la protección del derecho a la vida se encuentra en el artículo 11 como un derecho fundamental. Su satisfacción efectiva e integral, como derecho a una vida digna, depende del aseguramiento real de otros derechos. Entre ellos se destaca el derecho a la salud. (Gañan, 2011, pág. 26).

La privatización de los servicios de salud en Colombia se originó como una política de la mayoría de los países en vía de desarrollo, y fue aprobada por casi la totalidad de los organismos de ayuda internacional. Tal privatización pretendía la optimización de los recursos, estableciendo acuerdos entre el sector público-privado, para hacer el sistema más competitivo y aumentar la cobertura en salud. El problema se plantea cuando se subcontrata el servicio hospitalario porque cambia el concepto del servicio público universal, supeditando el acceso a la salud a las variables del mercado. La subcontratación ha sido precisamente uno de los principales problemas del sistema sanitario colombiano. Se entregó el manejo, administración de la salud a entidades de carácter privado, mixto y público, sin establecer mecanismos de control efectivos que garantizarán la prestación del servicio universal. El acceso al servicio de salud es un privilegio del cuál muy pocos pueden gozar. El sistema segrega en diferentes grupos sociales los cuales estarán vinculados con el tipo de empleo que se tenga, donde puede ser: primario, secundario o informal. Es decir, existe una seguridad social de carácter contributivo para los trabajadores asalariados, la del régimen subsidiado para las personas pobres y más vulnerables, pero que está lejos de ser un servicio que cumpla con los estándares de calidad, eficiencia, oportunidad y universalidad. El sistema tiene diferentes usuarios quedando excluidos aquellos que por diferentes motivos no cumplen con los requisitos para hacer parte de uno de los dos regímenes. En el ámbito constitucional se establece que todos tendrán derecho al acceso a la salud, y que para ello el Estado dispondrá los recursos y los mecanismos para esto; en la práctica esto no se cumple. Se ha dejado en manos del mercado la definición de las reglas para el goce efectivo del derecho a la salud, con escaso control y medidas estructurales en esencia discriminatorias. Sin duda, esto es producto de la desigualdad social y económica que vive el país, que incide en la salud y bienestar de la población, donde la universalidad y solidaridad, reconocida por la misma Constitución política pero en la práctica no se cumple. El objetivo prin-

principal de este artículo es conocer si las reformas han sido determinantes en la mejora de la cobertura universal del sistema de salud en Colombia y si la privatización sirvió para prestar el servicio a todos los segmentos sociales.

2. CONCEPTO DE IGUALDAD Y JUSTICIA

El derecho a tener acceso a la salud es un derecho fundamental, que está intrínsecamente ligado a la dignidad de las personas, primordial y básico para el bienestar de las mismas. En Colombia se encuentra consagrado en el art. 49 de la Constitución Política que dispone:

“La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

El servicio de salud tiene un sistema de tarifas para acceder a este, en donde se contempla incluso en el servicio de atención básica, algo que va en contravía a lo dispuesto por la Constitución Política, porque obliga a prestar una *atención básica gratuita*. Es importante reiterar que el Sistema General en Salud es un servicio público esencial. El Estado tiene la obligación de establecer reglas definidas para que las entidades e instituciones que prestan servicios de salud, puedan garantizar efectivamente la prestación de los servicios que sean requeridos por las personas dentro del Sistema de Salud. En este sentido, el Estado incumple las obligaciones en salud cuando deja de prestar el servicio por lagunas o vacíos jurídicos, y crea dificultades en el acceso a los servicios. Un ejemplo es, *“una ‘laguna’ normativa en la regulación, por no definir los mecanismos de solución de controversias para los eventos en los que se presenten conflictos entre los actores que deciden autorizar la prestación del servicio”*.

Así las cosas, es fundamental garantizar el acceso a la salud de todas las personas y es función del Estado *“crear la reglamentación adecuada para posibilitar la implementación de las políticas públicas en salud. El incumplimiento de esta obligación supone pues, una desprotección del derecho a la salud por parte del Estado”*.

En los servicios de salud debe haber equidad en la prestación del servicio, igualdad de tratamiento para igualdad de necesidades, sin tener en cuenta las condiciones personales de cada uno como es la renta. Todas las personas tienen derecho al mismo tratamiento médico de una enfermedad sin hacer distinción por la capacidad económica de los mismos³.

En tal sentido, y frente a esa protección deficiente que de manera real y efectiva se encuentra en cabeza del Estado como garante del servicio de salud con carácter gratuito, la acción de tutela se torna como una vía reivindicatoria, de rápido y fácil acceso por parte de los ciudadanos colombianos, que ven vulnerado su derecho a la salud, y que optan por incoar la acción constitucional de tutela, como mecanismo idóneo para acceder a su derecho. Si bien existe este mecanismo para cesar las vulneraciones a los derechos fundamentales de los asociados al Estado social de Derecho, ello no exime la responsabilidad del Estado frente a la vulneración que de forma indirecta realizan, dados los vacíos normativos frente a la prestación del servicio, consecuencia inequívoca de la privatización de un servicio que por su esencia, se configura como un servicio público esencial, pero que, al permitir que sea administrado por entes privados y mixtos, se desconoce su esencia, y se presta el servicio teniendo en cuenta los segmentos sociales de los usuarios.

¹ Sentencia de la Corte Constitucional T-760/08, p. 63.

² Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T760/08, artículo 4.1.6. Véase, Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-036/17.

³ Ingrid Vagas; María Luisa Vázquez; Elisabet Jané. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 18, n° 4, jul-ago 2002, p. 931.

La Corte Constitucional, en su Sentencia T-618 de 2000, establece que

... “el Estado, la familia y la sociedad solidariamente deben contribuir a un eficiente cubrimiento universal en salud. En materia de salud la solidaridad tiene como una de sus manifestaciones el cubrimiento de quienes la ley considera como beneficiarios del servicio...”

Y bajo este pronunciamiento destaca el carácter universal del servicio de salud, como un derecho inherente al ser humano, y por ende aislado de su capacidad socio económica, lo que resulta contradictorio en la práctica, en la cual, solo aquellos ciudadanos con posibilidades de cubrir un servicio de salud de carácter privado, logran obtener un servicio esencial de manera inmediata, lo que a la postre, deriva inequívocamente en el nivel de atención en salud, contradiciendo los postulados constitucionales y vulnerando ese principio de universalidad que reitera la Corte Constitucional

En la misma línea, la Sentencia C-463 de 2008:

“La seguridad social en salud es un servicio público inherente a la finalidad social del Estado, cuya prestación debe llevarse a cabo con fundamento en las normas constitucionales y en los principios de universalidad, solidaridad y eficacia. De acuerdo con el principio de universalidad todas las personas en condiciones de igualdad deben estar amparadas frente a todos los riegos derivados del aseguramiento en salud, bien sea para la prevención o promoción de la salud, o bien para la protección o la recuperación de la misma...”

Se resalta la insistente señalamiento por parte de la Corte Constitucional, frente al reconocimiento de la prestación del servicio de salud, como un servicio público, y de ello deriva su carácter universal estatuido en la Carta Política, señalando adicionalmente la obligación de las entidades prestadoras de incluir dentro del servicio, acciones de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, que como ya se expuso, no coinciden en la práctica, en donde se vulnera el derecho al acceso a la salud, y se requiere la mediación de sentencias judiciales que lo ordenen, muchas veces de forma tardía, incidiendo así, directa e indirectamente en las condiciones de salud y llegando a ocasionar muerte del usuario por falta de atención en salud en forma oportuna.

Con el ánimo de garantizar la prestación del servicio de salud, en múltiples pronunciamientos, la Corte Constitucional, ha reiterado que en casos de los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud POS:

...en aras de salvaguardar el derecho fundamental a la salud de las personas, la Corte consideró admisible la inaplicación de la reglamentación que excluía los servicios requeridos del catálogo de beneficios, permitiendo en consecuencia el acceso a los denominados “servicios no POS”⁴.

Así las cosas, la Corte Constitucional al reconocer el acceso a los beneficios de salud que antes estaban excluidos, reafirman la universalidad del derecho fundamental a la salud lo que incluye el acceso a todas las prestaciones de carácter obligatorio en salud.

En la misma línea, la Sentencia T-246 de 2010 cita la regla jurisprudencial establecida en la sentencia T-760 de 2008, así:

“(...) que la prestación del servicio de salud debe ser eficiente, oportuna y con calidad. Primordialmente, este componente del derecho se desconoce cuándo la negación para la autorización de un servicio incluido o no en el POS es justificada por parte de la EPS, debido

⁴Sentencia de la Corte Constitucional T-104-2010.

a la falta de realización de trámites administrativos que, desde una perspectiva constitucional, carecen de razonabilidad puesto que son excesivos, demorados y engorrosos. Si bien puede exigirse llevar a cabo algunas formalidades administrativas, estas no pueden llegar al punto de obstaculizar y amenazar el goce de la vida y la integridad personal de quien requiere el servicio”.

Lo que se plantea desde el órgano de cierre, no es otra cosa, que dar cumplimiento a los postulados de la Carta Política, sin que se deba acudir a instancias judiciales, y que a la postre deriva en mayor congestión judicial y un desgaste del aparato jurisdiccional; resolviendo tutelas en torno a la prestación del servicio de salud, como parte integral del Sistema General de Seguridad Social. La responsabilidad absoluta recae sobre los organismos estatales de control y vigilancia, quienes se ven abocados a imponer sanciones pecuniarias y administrativas a las entidades prestadoras del servicio de Salud, por la ineficaz prestación del servicio; como ya se expresó es de carácter público y por ende debería limitarse su administración al sector estatal, a fin de controlar no solo la prestación del servicio, sino el seguimiento efectivo a los pacientes.

En este sentido, la Corte Constitucional ha precisado que la protección mediante la acción de tutela:

“...no se debe limitar argumentando la fundamentalidad del derecho a la salud en lo que respecta a un ámbito básico, el cual coincide con los servicios contemplados por la Constitución, el bloque de constitucionalidad, la ley, la jurisprudencia y los planes obligatorios de salud, con la necesidad de proteger una vida en condiciones dignas, sin importar cuál sea la persona que lo requiera...”⁵.

De manera que si se cumplen los requisitos legales y reglamentarios que determinan las prestaciones de carácter obligatorio en salud, todas las personas tienen el derecho de hacer uso de la acción de tutela para la protección efectiva de su derecho fundamental a la salud. Este derecho fundamental a la salud está relacionado con los principios de eficacia, universalidad y solidaridad⁶.

3. LA REFORMA DE LA SALUD

El sistema de salud colombiano ha tenido diferentes reformas, pero sin duda la que marcó un hito en la historia del país fue la Ley 100 de 1993, a través de la cual, se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral. En esta se establece que la seguridad social se prestará teniendo en cuenta los principios de: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación⁷. Para financiar los servicios de salud se creó un Fondo Nacional de Salud que asumiría los fondos en salud existentes antes de esta norma. Este tiene una divisiones de cuentas destinadas a la prestación del servicio de salud donde se encuentran: el régimen contributivo y el régimen subsidiado donde los afiliados tienen diferentes tipos de prestaciones. A su vez, estos regímenes tienen derecho al denominado Plan Obligatorio de Salud con diferentes beneficios, con la posibilidad de ampliar los mismos a través de la compra de un plan complementario⁸. El régimen subsidiado ha sido destinado para la población más pobre que según los datos del Banco Mundial para el año 2015 se situaba en 27.8%⁹.

⁵ Corte Constitucional Colombiana T-611-2014, art. 4.3.

⁶ *Ibidem.*, art. 4.6.

⁷ Artículo 2°. Principios. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

⁸ Ingrid Vagas; María Luisa Vázquez; Elisabet Jané. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica, p. 932.

⁹ Según los indicadores del Banco Mundial, la discriminación de este porcentaje se determina: un 40.3% corresponde al área rural, 24.1% en el área urbana de Población por debajo de la línea nacional de pobreza. Disponible en: <http://wdi.worldbank.org/table/1.1>

No obstante, el principio de universalidad se incumple, porque en la práctica pocas son las personas que pueden tener acceso a los servicios de salud, con calidad y oportunidad, con acceso a todos los tratamientos médicos y preventivos para la prevención de la enfermedad. Esto se da porque no existe un sistema de seguridad social integral que garantice prestaciones sociales individualizadas, que permitan hacer frente en situaciones de necesidad.

La ley 100 establece un sistema plural donde tenga participación el sector público y privado, que permitiera el aumento de la cobertura y afiliación a la seguridad social. Ahora bien, aquí surge una polémica en torno a si la salud debe ser asumida de manera absoluta por el Estado, o si puede ser delegada a otras entidades privadas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen por ley la autonomía de prestar sus servicios de manera directa o mediante la contratación con otras instituciones prestadoras de salud y profesionales independientes debidamente constituidos. Esta delegación ha generado incumplimiento por parte de los operadores privados de la obligación de garantizar el acceso a la salud, de manera igualitaria, con calidad y efectiva para toda la población; sin que decir del déficit en la gestión, la corrupción y desfalcos que se han dado desde el sector privado frente a los manejos de los recursos sanitarios¹⁰. Las empresas públicas y privadas han sido utilizadas como moneda de cambio de la política nacional, del clientelismo, y de los intereses de particulares que han aumentado su patrimonio a costa de la estafa del erario público y el desfalco del presupuesto destinado a la cobertura nacional en salud¹¹.

En la Ley 100 se dispuso la creación de las EPS que son parte de los integrantes del sistema general de seguridad social en salud, quienes tienen a cargo la afiliación de los usuarios y son las administradoras de los servicios de las entidades prestadoras. Tiene la obligación de prestar el servicio de salud a cualquier persona que quiera afiliarse y pague la cotización que corresponde o por el contrario, si pertenece al grupo subsidiado que no tiene recursos y por los cuales paga en su totalidad el Estado. Es así como, por cada persona afiliada y beneficiaria la EPS recibe una unidad de pago por capitación (UPC) la cual se establece de manera periódica por el Consejo Nacional de Salud.

Se determinó que para garantizar el acceso a la salud de toda la población sin discriminación y de manera equitativa, aquellos que no gocen de recursos suficientes entrarán a un régimen subsidiado que se financiará con los aportes de la Nación, los departamentos, distritos y municipios. Las entidades públicas o privadas hospitalarias en todos los niveles de atención, que tengan un contrato con la Nación y las entidades territoriales para la prestación de servicios de salud, están en la obligación de garantizar el acceso a todas las personas que no estén amparadas por el sistema general de salud¹². El problema es que esta obligación es teórica porque en la práctica existe una discriminación entre los que pertenecen al régimen contributivo y aquellos del régimen subsidiado; a pesar que desde el 1 de julio de 2012 se unificó el Plan Obligatorio de Salud para todos los colombianos¹³. Queda sin cobertura un tercer grupo que no pertenece al régimen subsidiado como tampoco al contributivo, a pesar de que sus necesidades básicas deben ser cubiertas por la ley. Uno de los objetivos de la reforma de la seguridad social de 1993, era la privatización del servicio público, para acabar con los monopolios existentes, pudiendo competir con empresas privadas, públicas o de capital mixto que son las denominadas EPS¹⁴.

¹⁰ Oscar Bernal; Samuel Barbosa Samuel. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, vol. 57, n° 5. Septiembre-Octubre 2015, p. 434.

¹¹ SUPERSALUD. *Informe cartera por venta de servicios de salud*. 2013, pp. 1-2.

¹² Artículo 156. Características básicas del sistema general de seguridad social en salud. Ley 100 de 1993.

¹³ En la unificación del Plan Obligatorio de Salud, 22 millones 514 mil 941 colombianos que pertenecen al régimen subsidiado, pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al régimen contributivo.

¹⁴ Félix Martínez. *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá, abril de 2013, pp. 3-4.

Los hospitales públicos pasaron a ser Empresas Sociales del Estado que debían competir con las entidades privadas. Los recursos del Estado que los financiaban anteriormente serían dispuestos asegurar en salud a las personas del régimen subsidiado, y las Empresas Sociales deberían vender sus servicios a las EPS tanto del régimen contributivo como subsidiado. Las EPS se vieron obligadas aceptar la nueva reforma de la salud, en caso contrario, no podrían comercializar pólizas privadas. Para ello crearon un modelo enfocado a prestar servicios de salud, a clientes que puedan contratar dos seguros: el obligatorio y el voluntario. Esto ha generado una segmentación en salud porque solo las personas con alto poder adquisitivo pueden permitirse el pago de un seguro voluntario y otro de cotización a la seguridad social. Después de esta reforma hubo escasa cobertura de afiliados de las anteriores empresas de medicina privada, así que aparecieron nuevas EPS que procedían del sector corporativo y anteriores empresas de salud creadas por el Estado, que se reconvirtieron para dar servicios de salud y recreación a las familias de los trabajadores cuya función es sin ánimo de lucro. Estas empresas crecieron y prestaron servicios a las personas del régimen contributivo y a las del subsidiado, a las que el Estado destina unos recursos millonarios para prestar estos servicios¹⁵.

Ahora bien, el problema que se presenta es la administración de los recursos del presupuesto nacional destinados a la salud, manejados por empresas que son del Estado pero que no se tiene un control ni fiscalización sobre las mismas; con irregularidades en la prestación de los servicios, en contratación y declaradas en quiebra, pero sin dar cuenta de dónde está el dinero. En consecuencia, muchas empresas de salud han aumentado su patrimonio a costa del erario público. Este es el caso de varias empresas del Estado entre otras: Caprecom, Cafesalud, Nueva EPS, Saludcoop EPS¹⁶. El Estado transfirió a la empresa privada la prestación del servicio de salud, sin establecer mecanismos para su funcionamiento, a pesar de que los recursos los sigue asumiendo el mismo.

4. LA IGUALDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En la Sentencia de la Corte Constitucional T760 de 2008, se determina que el Estado colombiano desconoce el derecho a la salud de las personas beneficiarias del régimen subsidiado, al no tomar medidas para que estas puedan acceder a los mismos derechos de salud que tienen las personas del régimen contributivo. Asimismo, las EPS o las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) al no disponer de los recursos adecuados para garantizar el acceso a los servicios de salud que se requieran con necesidad, por causa de que el Estado no cubre los recobros que estas realizan, prestan los servicios de manera discontinua, causando una vulneración del derecho a la salud¹⁷.

La jurisprudencia constitucional ha señalado que en el Sistema de Seguridad Social las personas se afilian al sistema y no a una institución que hace parte del mismo. Con lo cual, para determinar si una persona tiene el tiempo suficiente de afiliación para poder recibir cierta prestación, se debe tener en cuenta el tiempo de afiliación al sistema de salud y no a una institución. Esto muestra cómo el derecho a la salud es limitado y depende de las condiciones de cada persona, al régimen que pertenezca, pero no es un derecho con carácter universal¹⁸.

¹⁵ *Ibidem.*, pp. 6-7

¹⁶ Véase Juan Carlos, Giraldo Valencia, Juan Guillermo, Cuadros Ruiz. *36° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a 30 de junio de 2016*. Edición n° 109, septiembre octubre. Este informe muestra que Caprecom sigue siendo la mayor deudora que se encuentra dentro del proceso de liquidación dentro del régimen subsidiado de \$313.113 millones lo que representa el 14.3% del total de la deuda de este régimen. Como también, la Nueva EPS que opera en el régimen subsidiado desde 2015 y tiene una deuda de total de \$11.688 millones y una cartera morosa del 53%.

¹⁷ Artículo 2.2.5.1. Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T760/08.

¹⁸ Artículo 4.1.2. Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T760/08.

SUPERSALUD. Informe cartera por venta de servicios de salud. 2013, p. 23. En este informe se muestra las en-

El sistema de salud tiene dos regímenes: contributivo y subsidiado. El régimen contributivo contribuye a la seguridad social a través del empleo y en él, se localizan los ciudadanos con capacidad de pago. En el régimen subsidiado se afilia al sistema las personas sin recursos económicos y el aseguramiento lo hace directamente el Ministerio de Protección Social, que a su vez transfiere recursos al fondo de solidaridad de garantía (FOSYGA). Para poder aplicar a este último, es necesario hacer parte del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales también llamado como SISBEN. Por medio de un puntaje se clasifica a la población en función de sus condiciones socioeconómicas que van desde el uno al seis, donde solo los hogares que pertenecen al nivel uno y dos pueden hacer parte del sistema. O por lo menos, ese fue el objetivo principal de la identificación de las personas con escasos recursos o pobres, por medio del cual se garantizaba que el gasto social se asignara a las personas en situación más vulnerable. Ser beneficiario del Sisben implica poder acceder a un paquete de servicios en salud de forma gratuita o tener una tarifa con descuentos en hospitales y centros de salud.

El régimen subsidiado puede acceder a las llamadas Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS). Cada persona afiliada elige la entidad aseguradora la cual recibe una prima por cada miembro inscrito, correspondiente a un valor estimado de los servicios, quienes gozan de los servicios del Plan Obligatorio de Salud cubierto por FOSYGA. Las ARS a su vez contratan los servicios con hospitales públicos, privados, profesionales de la salud. El problema de la subcontratación de la salud es que aunque las entidades han generado mayores recursos, no han mejorado la eficiencia de los servicios en salud¹⁹. Para que la subcontratación sea una alternativa aceptable a la de los recursos públicos, es necesario que se dé una competencia real entre proveedores privados y competentes, que el gobierno tenga capacidad para evaluar las necesidades, pueda negociar y monitorear los términos de la contratación. A su vez, debe existir una legislación y un control permanente para evitar la corrupción²⁰.

Ahora bien, el grupo de personas que carecen de recursos y no pueden hacer aportes al sistema de salud contributivo, están sin cobertura por la falta de recursos destinados al régimen subsidiario. A pesar, de que la misma norma ha fijado prioridades de afiliación dando prelación a las personas de zonas rurales, indígenas y urbanas. Dentro de estos grupos se da prioridad a las mujeres embarazadas, niños menores de cinco años, población con limitaciones sensoriales, etc. No obstante, las metas de aseguramiento universal y los recursos para esto, queda indeterminado para las personas que pertenecen al régimen subsidiado, ante la ausencia de recursos suficientes. Las personas que pierden su trabajo o que cotizaban de forma independiente y no pueden seguir afiliadas en el régimen contributivo, tal como está estructurado el sistema, no podrían solicitar el Sistema de Selección de Beneficiarios (Sisben) porque va destinado a personas en situación de pobreza, las cuales deben cumplir con unos requisitos mínimos para obtener este derecho. Algo paradójico porque se supone que al perder el empleo o no poder cotizar, los ubica como personas sin recursos económicos. Por tanto, se puede observar que el sistema de salud no es universal, es contradictorio y depende del poder adquisitivo de las personal para su acceso²¹.

tidades deudoras e intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud, por el mal manejo que han tenido las instituciones de salud tanto privadas, públicas y mixtas. Esto hace que el servicio no se preste con calidad y oportunidad a los usuarios. Como ejemplo se pueden ver las estadísticas presentadas el año 2016 sobre la situación de las entidades de salud, 28 Entidades de salud fueron intervenidas por:

Intervención para liquidar (4) equivalente al 14.3%

Vigilancia especial (13) equivalente al 46.3%

Programa de recuperación (11) equivalente al 39.3%

¹⁹ Tomás José Fontalvo-Herrera. Eficiencia de las entidades del régimen subsidiado en Colombia por medio de análisis envolvente de datos, vol. 16, n° 1, p. 37.

²⁰ Tony de Groote; Pierre de Paepe; Jean Pierre Unger. Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007, vol. 25, n° 1, p. 114.

²¹ Oscar Fresneda; Patricia Martínez. *Identificación y Afiliación de beneficiarios-SISBEN*, vol. 2, Universidad Nacional de Colombia, pp. 20-21.

Se estableció un Programa de Estratificación Socioeconómica en el año 1991 administrado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, para el cobro de los servicios públicos domiciliarios, el cuál pretendía que el gasto social fuera asignado a la población más pobre y vulnerable. Pero también sirvió como instrumento de focalización geográfica o de ubicación de zonas pobres. Sin embargo, a la fecha ha fracasado y no tiene en cuenta las condiciones socioeconómicas ni sociales de las familias, siendo inapropiada para llevar a cabo programas sociales²². Esa clasificación ha sido un foco de segmentación y discriminación social, la cual lo único que busca es una distinción socioeconómica que permite aplicar unas tarifas para un sistema comercial. Es decir, el cobro de los servicios públicos, la asignación de recursos en salud, y las políticas públicas que diseña y gestiona la administración irán en función del estrato al que pertenezcas.

Por otra parte, la estratificación no responde de manera real a las necesidades de la población porque tiene en cuenta las características de la vivienda, las condiciones de los barrios, el tamaño de la vivienda, que no dan cuenta de la renta que perciben las familias, sin corresponder con el estado de bienestar que posean. Esta supuesta distribución equitativa de los recursos en función de la estratificación lo que ha generado es una discriminación, la falta de justicia e igualdad entre la población.

Para Bobbio, cuando se establecen criterios para tratar igual a los iguales y desigualmente a los desiguales, representa la idea de la justicia. La igualdad de los derechos no es la exclusión de discriminación injustificada sino atribuir y disfrutar igualmente de los derechos y libertades reconocidos en un ordenamiento jurídico. *“La igualdad jurídica significa que todos los ciudadanos son destinatarios del derechos y tienen capacidad jurídica (frente a las sociedades esclavistas)”*²³. La igualdad en el debate político constituye uno de los valores fundamentales, la cual proclama la igualdad entre todos los hombres, pero cuando se mencionada todos no se refiere al total de los hombres sino aquellos que pertenecen a un determinado grupo social.

En este sentido, se debe preguntar *“igualdad entre quienes”* y por la *“igualdad en qué”* la respuesta es que todos los hombres son iguales y deben ser tratados de la misma manera ante en los derechos; lo que significa que todos los ciudadanos gocen de los mismos derechos fundamentales reconocidos constitucionalmente, aunque no quiere decir que estos hayan sido reconocidos de hecho en las constituciones modernas. La igualdad de derechos tiene un campo de aplicación más amplio que la igualdad frente a la ley, y es precisamente que la igualdad jurídica es más limitada porque depende de las leyes establecidas dentro de un Estado, las cuales no siempre son justas, ni equitativas²⁴. Esto es lo que ha sido denominado: sociedad de castas *“En una sociedad de castas todos son sujetos de derecho, tienen capacidad jurídica, incluso aunque no todos sean iguales frente a la ley (en el sentido de que cada estamento está regulado por leyes diversas), y con mayor razón no todos sean iguales en los derechos fundamentales”*²⁵.

²² María Cristina Álzate. La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia ¿solidaridad o focalización? CEPAL. *SERIE Estudios y perspectivas*. Septiembre 2008. El programa de estratificación inicia en los años sesenta, cuando aparecen las primeras disposiciones del régimen tarifario de los servicios, teniendo en cuenta la capacidad económica de los diferentes grupos sociales. El sistema tarifario busca la igualdad entre el costo y el ingreso marginal. El objetivo de la estratificación era asignar un estrato a las personas de acuerdo con su nivel de ingresos y con ello redistribuir los recursos entre los que tenían mayores o menores ingresos. No obstante, esto se convirtió en la asignación de un número de estrato de los habitantes en función del lugar donde viven para la asignación de los subsidios. Los estratos van del 1 al seis, en el 1 están los más pobres y en el 6 los más ricos, los que pertenecen del 3 al 6 hacen parte del régimen contributivo, siendo el 1 y 2 del régimen subsidiado. Esto sin duda no ha funcionado ni se corresponde con una metodología adecuada de distribución de recursos, tanto que se presentan situaciones en donde una persona del estrato 4 está en el régimen subsidiado y los de 1 y 2 en el contributivo. La estratificación depende de los inmuebles residenciales en donde residen los usuarios, la calidad de las mismas sin tener en cuenta su capacidad socioeconómica.

²³ Norberto Bobbio. *Igualdad y libertad*. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1993, p. 47.

²⁴ *Ibidem.*, pp. 69-75.

²⁵ *Ibidem.*, p. 76.

En consecuencia, para poder hablar de una distribución de recursos que sea equitativa y justa, es necesario tener en cuenta la asignación a cada uno según sus necesidades y buscando la distribución en igualdad.

En consecuencia, la igualdad es un valor al que pertenecen los seres humanos como miembros de la humanidad. Las teorías políticas promulgan la igualdad porque ven a la sociedad como un todo, en donde se debe tener claro qué tipo de relaciones deben existir o establecerse en una sociedad. Para conseguir esto, es necesario que los individuos de un grupo social gocen de libertad y para tenerla serán o deben ser iguales. La libertad será una cualidad que tienen para poder gozar de igualdad en sus relaciones con el resto de la sociedad. La igualdad es el fin principal que se busca instituir dentro de un sistema social pero siempre y cuando se considere justo y no excluyente de manera indiscriminada sin ninguna razón de ser²⁶.

Así pues, la política de estratificación social afecta a la sociedad en la medida que un grupo importante de la población es excluida de los servicios de salud, vulnerando un derecho fundamental reconocido constitucionalmente²⁷, conexo con otros derechos como son el derecho a la vida, a la seguridad social y la igualdad. Otro problema es el alto índice de informalidad, lo cual hace difícil calcular los ingresos reales de la población. Una de las causas de la informalidad, son los altos costos para la creación de una empresa porque no existen incentivos tributarios y por el contrario hay una tributación parafiscal alta. El mercado de trabajo es inestable, esporádico y la oferta laboral escasa. No obstante, se pueden presentar casos donde una persona que pertenece al mercado informal tenga mayores ingresos que un empleado formal, por lo tanto, no aporta al sistema de la seguridad social y será tomado como parte del régimen subsidiado. O viceversa, personas con un empleo formal que no ingresan los recursos necesarios para la subsistencia y que aportan al régimen contributivo²⁸.

Las reformas laborales en vez de promover la calidad en el empleo lo que han conseguido es la flexibilización del mercado de trabajo, lo que supone el aumento de trabajadores independientes con bajos ingresos los cuales no tienen acceso al sistema de salud, vulnerando un derecho fundamental²⁹. Dado los altos índices de pobreza, subempleo, el aumento de políticas de flexibilización laboral, ha crecido la informalidad incentivando a las personas para que sean trabajadores independientes, con bajos ingresos y excluidos del sistema de salud. Esto por supuesto tiene consecuencias nefastas que afectan la sostenibilidad financiera del sistema sanitario. Uno de los retos que afronta Colombia es la unificación de los recursos destinados para la financiación de la seguridad social y la mejora de la destinación de los recursos que paga el Estado a través del Ministerio de Salud. Lo ideal es poder tener la libertad y gozar de la igualdad entre todos de escoger un prestador del servicio y una entidad aseguradora sin limitaciones entre regímenes. Es decir, un servicio universal, mejorando las condiciones e infraestructura que reciben aquellos con menos recursos, a través de servicios de salud que sean destinados para todos la población sin hacer distinción por su capacidad económica.

²⁶ Silvina Ribotta. Sobre la propuesta de la igualdad en Norberto Bobbio. *Papeles El tiempo de los derechos*, n° 14, 2000.

²⁷ Constitución política, artículo 48. *Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.*

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella.

La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante.

²⁸ Luis E. Arango; Hamann Franz. *El mercado de trabajo en Colombia: hechos, tendencias e instituciones*. Bogotá, Banco de la República, 2012, p. XXIII.

²⁹ Mario Hernández Álvarez. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Revista de Salud Pública*, vol. 2, n° 2, 2000, p. 133.

Esta situación se debe a diferentes problemas, pero quizás el más relevante es la separación del Estado y del mercado, que ha llevado a un debilitamiento del Estado, con escasa participación en el control de la salud, a pesar del intento de regulación de la competencia. Las políticas públicas tienden a desaparecer en Colombia al garantizar la salud en función de las capacidades económicas y no de la necesidad del individuo, haciendo una división entre pobres y ricos. Donde los recursos médicos, la tecnología, eficiencia, oportunidad, universalidad, puede tenerla quien pueda pagar un seguro médico privado, mientras quienes pertenecen al régimen subsidiado acceden a un servicio de salud carente de recursos insuficiente y con problemas de cobertura para la población más necesitada. El derecho a la salud como derecho fundamental que tenga en cuenta el bienestar de las personas física, social y mental, y no solamente la enfermedad están lejos de cumplirse en las políticas de salud en Colombia. Se ve como una mercancía que se necesita distribuir al mayor número de la población, con el objetivo de aumentar los beneficios económicos, pero reduciendo los gastos de inversión.

La intervención de diferentes actores como el usuario, el administrador y el prestador, puede ocasionar problemas en la calidad de la prestación de los servicios y poco control. Cuando se contrata un seguro privado, este ofrece unos servicios que no siempre se corresponden con los recibidos. Lo que ocasionó la privatización de los servicios de salud y la transferencia que hizo el Estado de sus obligaciones de garantizar el acceso a la salud con calidad, es la competencia de los diferentes entidades prestadores del servicio de salud por aumentar el número de afiliados para garantizar su rentabilidad³⁰. El papel del Estado fue el de dirigir la formulación de políticas públicas, monitorear, evaluar, pero delegó absolutamente el ofrecimiento de los servicios de manera directa. Asumió pocas funciones como son los programas de control de las enfermedades y la prestación de los servicios de salud para los vinculados. Los modelos implantados en la sociedad no han contribuido a la mejora salarial, ni promovido la vivencia de la llamada ciudadanía, porque hay una exclusión social que no permite considerarse entre estos sujetos de derechos y deberes sociales. Se han creado mecanismos de protección social excluyentes, con una marcada discriminación estructural reconocida en la misma ley, generando una cultura política individualista, en la cual se tienen derechos dependiendo del nivel socioeconómico³¹.

La Ley Estatutaria 1751 de 16 de febrero de 2015, regula el derecho a la salud como un Derecho Fundamental “autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo”³². Siendo una obligación del Estado garantizar de manera oportuna el goce de este derecho, para lo cual debe promover políticas públicas de salud que permitan el acceso en igualdad de trato y oportunidades para la población. Es decir, a pesar de que la Constitución Política de 1991 toma el principio rector de la igualdad en el acceso a los servicios de salud, el cual será de responsabilidad pública, se reconoce un derecho colectivo a la salud pero no su protección. El sistema no es equitativo porque se otorga en función de la situación laboral y de la capacidad de pago de los individuos, más no de la necesidad del servicio; dejando en manos de entidades privadas los servicios de salud de la población³³. Esto sin duda ha generado graves consecuencias en la calidad y prestación oportuna de los servicios de salud, ocasionando una crisis nacional.

5. LAS CONSECUENCIAS DE LA REFORMA EN SALUD

A fecha de 2017 la población de Colombia se estima en 49.428.216 millones de habitantes³⁴. La situación actual es de crisis en el sistema de salud que lleva a preguntarse cuáles han sido las causas que la han generado, si es por la reforma de 1993 que privatizó la salud dejando en

³⁰ Mario Hernández Álvarez. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. salud pública*, vol. 2, n° 2, 2000. pp. 134 y 137-139.

³¹ *Ibidem.*, p. 142.

³² Ley 1751 de 2015. Artículo 2° Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud.

³³ Ingrid Vagas; María Luisa Vázquez; Elisabet Jané. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica.

³⁴ Tomado del DANE. <http://www.dane.gov.co/reloj/>

manos de empresas privadas el aseguramiento y el servicio, o si por el contrario responde a un problema institucional en el cual los gobiernos no han sabido afrontar. El derecho a la salud se reconoce constitucionalmente, se afirma en las numerosas reformas legislativas y como no, en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, pero queda solo como algo enunciativo que poco tiene aplicación en la práctica.

La crisis se debe a la privatización y la falta de mecanismos de control y manejo del Estado de un servicio público esencial, que ha llevado a una crisis sanitaria. El sistema es ineficaz porque la reforma de 1993 permitió la subcontratación de los servicios de salud, lo que menoscabó su prestación y permitió la intervención de diferentes actores del sector salud, farmacéutico, compañías internacionales que entraron a proponer sus propias reglas en detrimento de la población. El país aumentó los recursos destinados al sector salud, pero infortunadamente la mayoría son captados por el sector privado, sin que se tenga estadísticas de su cantidad. La reforma de 1991 agudiza la descentralización de los recursos transfiriendo los presupuestos nacionales a los municipios, siendo una cantidad importante para salud y educación. A partir de 1993 se decide la asignación del presupuesto a los municipios grandes, medianos o rurales, asumiendo grandes responsabilidades en la gestión, sin tener la capacidad técnica ni administrativa, para promover la prevención, promoción y vigilancia de la salud, como tampoco la planificación y proyección de los recursos en salud³⁵.

El Estado contrata a las EPS a través del pago por capitación, la prestación de un plan de beneficios que no es igual entre todos los grupos poblacionales, y esta a su vez, subcontrata esos servicios, presentando problemas de eficiencia en la prestación, irregularidades en la prestación de servicios especializados, medicamentos, con el detrimento de la salud de la población. Ahora bien, estas entidades no dejan de ser empresas que buscan un beneficio y la reducción de costos para generar más utilidades ante el incumplimiento de los servicios de salud. Esto presenta problema administrativos en la triada: asegurador, prestador, afiliado, y la relación con el Fondo de Solidaridad y garantía en salud. La autorización para la prestación de los servicios, ha sido utilizada como un mecanismo para controlar los gastos, generando mayores ganancias para las entidades prestadoras del servicio, y afectando la calidad en los servicios de salud³⁶.

Las aseguradoras en salud se han centrado en firmar contratos de salud con hospitales locales o regionales, trasladando los riesgos a las entidades prestadoras sin ningún tipo de control de cumplimiento y calidad en la presentación de los servicios. Esta demora hace que los ciudadanos recurran a la acción de tutela como un mecanismo de acceso a la salud. En un principio sirvió pero ante las constantes irregularidades de las entidades de salud, las personas recurren a la misma, colapsando el sistema de salud y generando la llamada cosas inconstitucional en salud. La falta de respuesta de la justicia ante las acciones de tutela hace que las personas hayan fallecido o no recibido el servicio de salud a tiempo. La jurisprudencia constitucional hace énfasis en la importancia de la continuidad en la prestación de los servicios de salud como elemento definitorio del derecho fundamental a la salud. Cuando se presta un mal servicio o se ofrece de manera discontinua, se deteriora la calidad de vida.

Así pues, *“es de suma importancia asegurar una eficiente, constante y permanente prestación de los servicios de salud, según corresponda, con el fin de ofrecer a las personas “la posibilidad de vivir una vida digna y de calidad, libre, en la medida de lo factible, de los padecimientos o sufrimientos que sobrevienen con las enfermedades”*³⁷.

Las EPS reciben una prima fija por cada afiliado sin tener en cuenta su condición de salud, estudios han demostrado que las EPS del régimen contributivo invierten menos recursos para

³⁵ Félix Martínez. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?, pp. 18 y 49.

³⁶ *Ibidem.*, p. 21.

³⁷ Sentencia Corte Constitucional colombiana T-036/17

enfermedades de alto costo, mientras que las del régimen subsidiado invierten mucho más. EPS públicas afilian a población mayor de cincuenta años que tienen mayores posibilidades de tener problemas crónicos que suponen mayor gasto, frente a otras EPS. Escoger de manera libre las prestadoras del servicio no siempre se puede porque el Estado ha impuesto que las EPS del régimen subsidiado contraten 60% de los servicios con los prestadores públicos. Los problemas no solo son financieros sino también humanos porque no se cuenta con los profesionales suficientes para la prestación de los servicios, la infraestructura y el equipamiento³⁸. Estos problemas se acrecientan en las zonas rurales que no cuentan con instituciones de salud de mayor complejidad, sino que a los afiliados les toca desplazarse a ciudades cercanas acarreando mayores costos para los pacientes y su familia.

La disponibilidad hace parte de los elementos que estipula la Ley estatutaria en salud, que establece la obligación del Estado de garantizar la existencia de servicios y tecnologías, instituciones de salud que tengan el personal médico y profesionales competentes para desarrollar los programas en salud. Así como la accesibilidad a los servicios y tecnologías en salud en condiciones de igualdad y sin discriminación por la diversidad y pluralidad cultural. Ahora bien, esto no se podría dar sino se cumple el principio de universalidad el cual establece que todos los residentes en el territorio colombiano tienen derecho a gozar del derecho a la salud en todas las etapas de su vida³⁹. Lo que se contradice con la normativa y las medidas estructurales definidas hasta la fecha, porque están destinadas a garantizar la salud en función no de las necesidades sino de las capacidades económicas de las personas. Con lo cual, esa universalidad es retórica porque hay un número importante de ciudadanos que están excluidos al no cumplir con los requisitos establecidos para el acceso a la salud.

En suma, el gasto total en salud en Colombia está compuesto por el gasto público directo, el gasto en seguridad social en salud y el gasto privado en salud. El gasto público directo es el que realizan el Ministerio de la Protección Social y sus entidades adscritas, las entidades territoriales de salud (direcciones seccionales y locales de salud y hospitales públicos), en relación con: la atención de personas aún no afiliadas al sistema mediante gastos de administración e inversión que funcionan como subsidio a la oferta, el saneamiento ambiental y los servicios de salud pública dirigidos a la comunidad, los gastos de dependencias y programas oficiales y el FOSYGA⁴⁰. También incluye el gasto en seguridad social correspondiente al régimen subsidiado, el cual funciona como subsidio a la demanda. El gasto en seguridad social en salud corresponde al régimen contributivo y está basado en cotizaciones. Éste se realiza a través de las EPS (públicas y privadas) y los regímenes especiales.

Con la justicia distributiva se puede evitar el exceso de recursos en ciertos sectores, permitiendo el acceso de los mismos a los menos favorecidos. Para ellos se disponen recursos enfocados en la promoción y prevención en salud con bajos costos como una política central, antes que invertir grandes recursos en la prestación de servicios especializados en salud. De acuerdo con Bernal y Barbosa “La universalidad sin acceso real no se puede considerar universalidad; además esta debe cumplir con los principios de progresividad, solidaridad *pro homine* oportunidad, equidad y sostenibilidad⁴¹. Es decir, no solamente deben existir normas que dispongan el acceso de todas las personas, sino que hacen falta los recursos, la organización y estructuración del sistema para poder dar cobertura universal.

³⁸ Oscar Bernal; Samuel Barbosa Samuel. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud, pp. 436-437.

³⁹ Ley Estatutaria N° 1751, 16 de febrero de 2015. Art. 6.

⁴⁰ Núñez, Zapata. *La salud como derecho en Colombia. 1999. la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano-dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá, 2012, pp. 7-10 y 23.

⁴¹ Oscar Bernal; Samuel Barbosa Samuel. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud, op. cit., p. 437.

6. CONCLUSIONES

La crisis del sistema de salud colombiano se debe principalmente a la descentralización de los recursos pasan por el mercado privado, en donde en la mayoría se concentran y se obtienen grandes ganancias a costa de la calidad y eficiencia del servicio de salud. El Estado no creó mecanismos de control y vigilancia suficientes que permitan garantizar que el acceso a los servicios de salud llegue a todos los ciudadanos. Las entidades privadas se han centrado en los usuarios del régimen contributivo y en aquellos que pueden contratar un seguro privado, dejando de lado la prestación de servicios en zonas rurales y de difícil acceso. La situación actual, muestra que el acceso a los servicios de salud es deficiente en los diferentes regímenes, porque las empresas aseguradoras y prestadoras del servicio tienen el dominio sobre los asegurados, y ante la falta de mecanismos eficaces que garanticen su cumplimiento, prestan servicios sin calidad ni oportunidad.

La participación del mercado privado en la prestación de los servicios de salud no tiene que ser del todo negativo, el problema es cuando el Estado traslada toda la responsabilidad de la distribución y asignación de los recursos en salud, incumpliendo con la obligación de garantizar el acceso a la salud en igualdad y equidad. El derecho a la salud es inherente de todos los seres humanos y no depende de los vaivenes del mercado privado quien decide sobre las necesidades de la población en materia de salud como ha sucedido en Colombia.

La Ley 100 de 1993 optó por un modelo que combina la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios y el cumplimiento de los objetivos principales, como son: lograr una cobertura universal del aseguramiento, garantizar el acceso de los grupos más pobres de la población a los servicios de salud y mejorar la eficiencia y calidad en la provisión de tales servicios. El objetivo fundamental era conseguir la afiliación obligatoria a la seguridad social para toda la población del país; y por otra, la adopción de un esquema de competencia, inspirada en la teoría de la competencia regulada, con el fin de contener costos, aumentar la eficiencia y mejorar el acceso y la calidad de los servicios.

El Nuevo Sistema de Salud debe nacer como respuesta a un análisis minucioso, por un lado, de las necesidades y expectativas de los colombianos y, por otra, de los recursos con que se cuenta para financiarlo. Ya que la salud es un derecho inalienable y es responsabilidad del Estado Colombiano, no debe ser visto como un negocio con fines productivos. Así, la razón de ser del Estado es prestar este y otros servicios públicos, apoyado en los demás sectores de la economía. Debe entonces el Estado retomar las riendas del sistema en los puntos críticos que son la financiación y la administración.

La jurisprudencia constitucional ha garantizado el derecho a acceder a los servicios de salud, libre de obstáculos burocráticos y administrativos. Así, por ejemplo, cuando por razones de carácter administrativo diferentes a las razonables de una administración diligente, una EPS demora un tratamiento médico al cual la persona tiene derecho, viola el derecho a la salud de ésta. Los trámites burocráticos y administrativos que demoran irrazonablemente el acceso a un servicio de salud al que tienen derecho, irrespetan el derecho a la salud de las personas.

7. BIBLIOGRAFÍA

Arango, Luis E.; Hamann Franz. *El mercado de trabajo en Colombia: hechos, tendencias e instituciones*. Bogotá, Banco de la Republica, 2012,

Álzate, María Cristina. La estratificación socioeconómica para el cobro de los servicios públicos domiciliarios en Colombia ¿solidaridad o focalización? *CEPAL. SERIE Estudios y perspectivas*. Septiembre 2008.

Barón, 2007 “Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003”, Composición y Tendencias. *Rev. Salud pública* ISSN 0124-0064, vol.9, n.2, pp. 167-179.

Bernal, Oscar; Barbosa, Samuel. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, vol. 57, n° 5. Septiembre-Octubre 2015.

Bobbio, Norberto. Igualdad y libertad. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, 1993, p. 47.

Fontalvo-Herrera, Tomás José. Eficiencia de las entidades del régimen subsidiado en Colombia por medio de análisis envolvente de datos, vol. 16, n° 1.

Fresneda, Oscar; Patricia Martínez. *Identificación y Afiliación de beneficiarios-SISBEN*, vol. 2, Universidad Nacional de Colombia.

Gañán 2011 De La Naturaleza Jurídica del Derecho a la Salud en Colombia, Universidad Externado de Colombia, Bogotá.

Giraldo Valencia, Juan Carlos; Cuadros Ruiz, Juan Guillermo. *36° Informe de seguimiento de cartera hospitalaria con corte a 30 de junio de 2016*. Edición n° 109, septiembre octubre

Groote, Tony De; Paepe, Pierre De; Pierre Unger Jean. Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007, vol. 25, n° 1.

Hernández, Rodríguez Isidro. La estratificación social en Bogotá: impacto social y alternativas para asignar recursos. Alcaldía Mayor de Bogotá. 2017.

Hernández Álvarez, Mario. El derecho a la salud en Colombia: Obstáculos Estructurales para su Realización. *Rev. salud pública*, vol. 2, n° 2, 2000.

Martínez, Félix. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia *¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá, abril de 2013.

Núñez, Zapata. *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano-dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá, Fedesarrollo, 2012.

Ribotta, Silvina. Sobre la propuesta de la igualdad en Norberto Bobbio. *Papeles El tiempo de los derechos*, n° 14, 2000.

SUPERSALUD. Informe cartera por venta de servicios de salud. 2013.

Vagas, Ingrid; Vázquez, María Luisa; Jané Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 18, n° 4, jul-ago 2002

Sentencias de la Corte Constitucional de Colombia

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-760 de 2008

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-188 de 2013

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-611 de 2014

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-104 de 2010

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-246 de 2010

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-760 de 2008

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-618 de 2000

Sentencia de la Corte Constitucional Colombiana T-463 de 2008