



FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

**CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS  
SERVICIOS DE SALUD NO INCLUIDOS EN EL PLAN DE BENEFICIOS DEL  
RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD (NO POS-S) Y SUS REPERCUSIONES EN EL  
LOGRO DE LOS OBJETIVOS PROPUESTOS EN EL SISTEMA GENERAL DE  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA SGSS-S**

**INVESTIGADORES**

**Natalia Correa Valencia  
Erika Hernández Bolívar**

**Docente Asesor:  
Dr. Carlos Mario Vega Montoya**

**UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSGRADO EN SALUD PÚBLICA  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN PROTECCIÓN SOCIAL  
MEDELLÍN  
2010**

## **INTRODUCCIÓN**

Pretendemos con la elaboración de la presente investigación evidenciar los cambios normativos en la estructura de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado en Colombia, concretamente en el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de dicho régimen (NO POS-S), producto de interpretaciones poco acertadas de la esencia de algunas sentencias de la Corte Constitucional.

Procuraremos exhibir cómo dichos cambios normativos afectan de manera negativa el acceso de la población más pobre y vulnerable (PPV) a los servicios de salud; tal situación normativa y fáctica genera como consecuencia lógica y directa el no cumplimiento de los objetivos propuestos por el Sistema de la Protección Social en Colombia conexos con el principio de universalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Enunciaremos para tales propósitos en primer lugar la normatividad específica del sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS-S) del régimen subsidiado, los entes responsables de dicha financiación y los recursos disponibles, en un segundo momento se relacionarán los cambios normativos en esta materia, y para finalizar se establecerán las repercusiones y efectos de dichos cambios normativos en el cumplimiento de los objetivos del Sistema de

General de Seguridad Social en Salud SGSS-S.

Por lo antes expuesto en este documento se formula el proyecto denominado: "Cambios en la Estructura de Financiación de la Prestación de los Servicios de Salud no



FACULTAD DE MEDICINA

PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Incluidos en el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado en Salud (No POS-S) y sus Repercusiones en el Logro de los Objetivos Propuestos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S (Sistema de la Protección Social en Colombia)".

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Constitución Política de Colombia de 1991, Capítulo 2, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, artículo 48 establece la garantía de todos los habitantes al derecho irrenunciable a la Seguridad Social, el artículo 49 de la misma instituye la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado.

En el capítulo 4 de la carta constitucional de la Distribución de Recursos y de las Competencias, los artículos 356 y 357 crean el Sistema General de Participaciones SGP de los Departamentos, Distritos y Municipios para atender los servicios a cargo de éstos y de proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación.

Una de las prioridades en la financiación con recursos provenientes de Sistema General de Participaciones SGP, establecida en la Carta Constitucional son los servicios de salud, de igual manera la Carta preceptuó expresamente en el artículo 356 la prohibición de descentralizar competencias a los Entes Territoriales sin la previa asignación de los recursos fiscales suficientes para atenderlas.

La ley 100 del 23 de diciembre de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el preámbulo de la ley la Seguridad Social Integral es definida como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante la cobertura integral de las contingencias, el libro segundo alude al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S, cuyo objetivo es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS-S está compuesto por tres regímenes: Un régimen contributivo, un régimen subsidiado y un régimen transitorio o temporal dentro del cual están las personas pobres y vulnerables (PPV) que aún no logran incorporarse en el sistema de seguridad social en salud, para cada uno de los regímenes se determinaron diferentes sistemas de financiación para la prestación de los servicios de salud, sistemas de financiación que han sido objeto de múltiples modificaciones o adiciones, las últimas de éstas y las que aún continúan vigentes fueron establecidas en la ley 715 del 21 de diciembre de 2001, por medio de la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de servicios entre ellos el de salud, y la ley 1122 del 9 de enero de 2007, por medio de la cual se hacen modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y la ley 1176 de 2007.

Para el régimen subsidiado en salud se instituyó un sistema de financiación especial dirigido a cubrir los costos de la prestación de los servicios de salud no incluidos dentro del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (NO POS-S), de igual manera se ideó un sistema de financiación para la prestación de los servicios de salud de las personas pobres y vulnerables que aún no hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud y que por tanto no acceden a un plan de beneficios en salud.

Se fijó la financiación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios (NO POS-S) en el régimen subsidiado vía recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), como lo estipulaba la Resolución 2933 del 15 de agosto de 2006, del Ministerio de la Protección Social, la cual reglamentó los Comités Técnico-Científicos CTC y estableció el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) en su capítulo II por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela.

Este escenario planteado en el cual el sistema de financiación de los servicios de salud no incluidos en el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (NO POS-S) se daba vía recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), tuvo vigencia hasta la expedición de las Sentencias de la Corte Constitucional C - 463 del 14 de mayo de 2008 y Sentencia T -760 del 31 de julio de 2008, momento en el cual el Ministerio de la Protección Social MPS en cumplimiento de los cometidos que estas sentencias invocaron, expidió la Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008, por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos CTC y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico CTC y por fallos de tutela.

La resolución cambió de manera radical el sistema de financiación concebido hasta entonces trasladando la competencia de asumir el costo de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (NO POS-S) vía recobro del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a las Entidades Territoriales (Departamento), lo anterior sin la previa apropiación o redireccionamiento de las fuentes de financiación destinadas en un principio para cubrir los costos de los cobros por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a los Entes Territoriales.

Posteriormente el Ministerio de la Protección Social MPS expidió la Resolución 5434 del 26 de diciembre de 2008, por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (No POS-S) de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades Departamentales,

Distritales, y Municipales certificadas en salud, esta resolución cambia el procedimiento de autorización y nuevamente el sistema de financiación y establece la financiación de la prestación de los eventos NO POS-Subsidiados, en cabeza de las entidades territoriales con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones SGP, en el Sector Salud, de igual manera la financiación de la prestación de servicios de salud de la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda, está en cabeza de los Entes Territoriales (Departamentos) y los demás recursos previstos en las normas legales vigentes, garantizando el goce efectivo del derecho a la salud de esta población.

Los actos administrativos descritos cambian drásticamente la estructura de financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, en el régimen subsidiado, producto de una desacertada interpretación del espíritu que impulsó la expedición de las sentencias comentadas, en detrimento de la población pobre y vulnerable (PPV) que no ha conseguido acceder a los beneficios otorgados por ambos regímenes en salud, lo anterior se ve reflejado de igual manera en el no cumplimiento de los objetivos propuestos por el Sistema de la Protección Social en Colombia SPS.

Es así como se detallarán de la manera más clara y precisa posible los cambios en la estructura de financiamiento de la prestación de los servicios de salud no incluidos dentro del Plan de Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (NO POS-S) y cómo dichos cambios afectan negativamente el acatamiento de los objetivos propuestos en el Sistema de General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S.

El Sistema de Protección Social SPS es concedido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos, para lograr como mínimo el derecho a: la salud, la pensión y al trabajo. El Ministerio de la Protección Social tiene

como objetivos primordiales la formulación, adopción, dirección, coordinación, ejecución, control y seguimiento del Sistema de la Protección Social SPS, establecido en la Ley 789 de 2002, dentro de las directrices generales de la ley, los planes de desarrollo y los lineamientos del Gobierno Nacional.

El diseño y puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Colombia SPS estuvo influenciado por varias corrientes, de los cuales se identifican tres marcos conceptuales primordiales fundamentados según la dimensión o variables sobre la que influyen tales como:

El *enfoque de derechos*, en la cual se concibe y percibe una “Sociedad Incluyente” impulsada desde UNICEF y otras agencias del Sistema de Naciones Unidas.

Marco conceptual del *Manejo Social del Riesgo (MSR)*, enmarcado sobre estrategias de reducción de la pobreza; publicado en su primer momento por el Banco Mundial. Aporta el instrumental analítico necesario para examinar, organizar, y delimitar el alcance los programas que conforman la estructura el sistema, así como establecer la estructura orgánica del Ministerio.

El *concepto de Gerencia Social*, promovido por el INDES, contribuye con un conjunto de principios, conocimientos y metodologías analíticas, que le dan sentido a la gestión del área social en función del resultado esperado; la experiencia más documentada en el país corresponde a la aplicación de instrumentos de análisis de actores involucrados.

## **Factores**

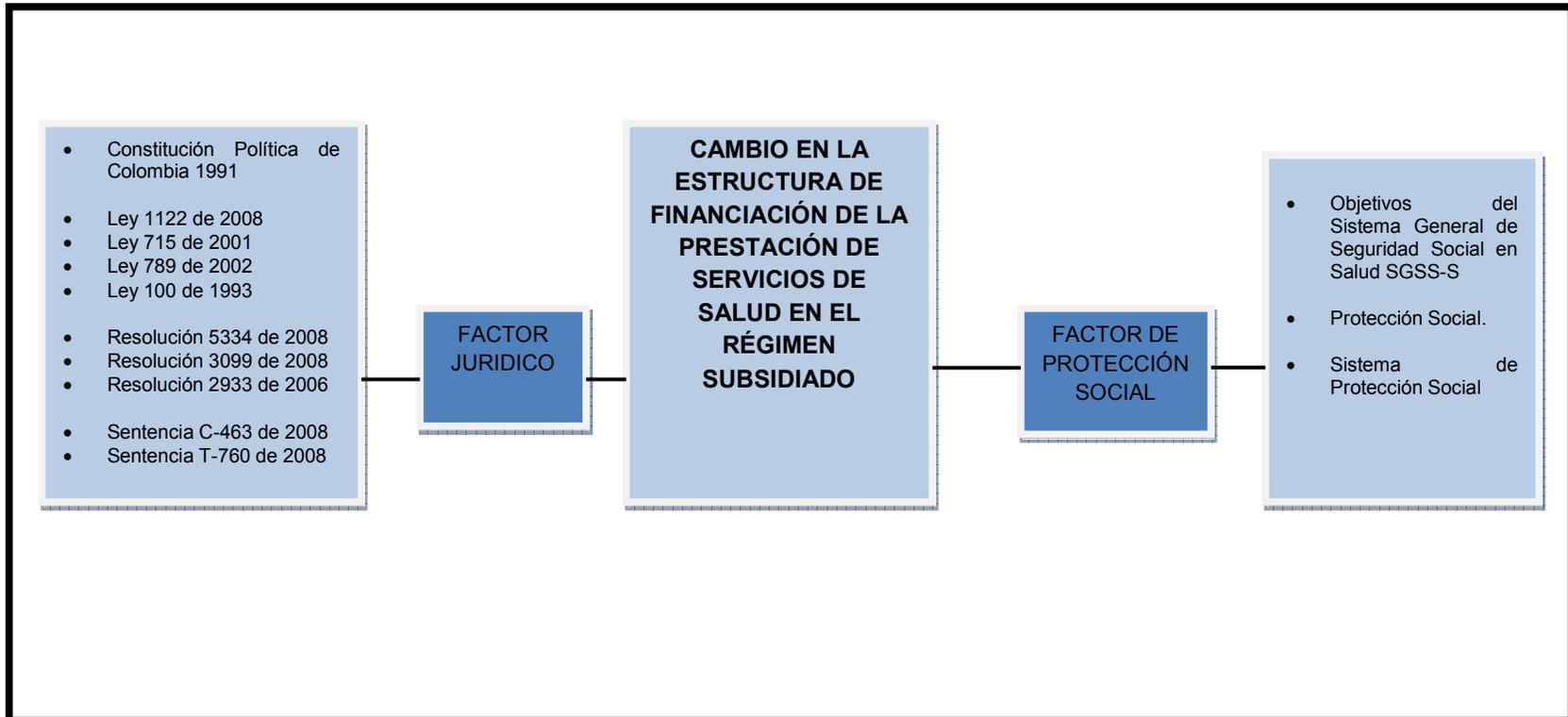
### **Factor Jurídico**

- Constitución Política de Colombia
- Ley 1122 de 2008

- Ley 1176 de 2007
- Ley 715 de 2001
- Ley 789 de 2002
- Ley 100 de 1993
- Resolución 5334 de 2008
- Resolución 3099 de 2008
- Resolución 2933 de 2006
- Sentencia C-463 de 2008
- Sentencia T -760 de 2008

#### **Factor de la Protección Social**

- Objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S
- Protección Social.
- Sistema de Protección Social



## 2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Con la elaboración de la presente investigación pretendemos evidenciar cómo normativamente se han generado cambios en la estructura de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el régimen subsidiado, concretamente en el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS-S) de dicho régimen, cambios normativos producto de interpretaciones poco acertadas de la esencia de algunas sentencias de la Corte Constitucional.

Ligado a lo antes expuesto procuraremos exponer cómo dichos cambios normativos afectan de manera negativa el acceso de la población más pobre y vulnerable (PPV) a los servicios de salud, población que no está en condiciones de disfrutar de un plan de beneficios en salud ni en el régimen contributivo ni en el régimen subsidiado, tal situación normativa y fáctica genera como consecuencia lógica y directa el no cumplimiento de los objetivos propuestos por el Sistema de la Protección Social en Colombia SPS, conexos con el principio de universalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S.

Para tal fin se articulará la normatividad relacionada con la financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (NO POS-S) del régimen subsidiado, los entes responsables de dicha financiación y los recursos disponibles antes y después de los cambios normativos.

La articulación normativa, los entes financiadores y los recursos disponibles ayudarán a hacer visibles las repercusiones de dichos cambios normativos en el cumplimiento de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S, con el objeto de forjar las alertas necesarias al interior del sistema tendientes a exteriorizar el no cumplimiento ni parcial ni total de tales objetivos, lo que equivale a acentuar de manera grave y progresiva los problemas de carácter estructural en el sistema de salud colombiano.

Procederemos a continuación a problematizar la idea central de la investigación para luego elaborar el marco teórico correspondiente, desligando para tal efecto en un principio el factor de carácter jurídico y el factor de Protección Social, para al final conjugar los factores descritos con la intención de puntualizar el objeto propuesto con este trabajo.

### **3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cómo los cambios en la estructura de financiación del régimen subsidiado en salud inciden en el cumplimiento de los objetivos propuestos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S?

## **4. MARCO TEORICO**

### **4.1. FACTOR JURIDICO**

A continuación se relaciona de manera sucinta la normatividad de rango Constitucional y Legal que orienta el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S, posteriormente se mencionará la normatividad de carácter específico que enmarca las competencias asignadas a los Departamentos en materia de prestación de servicios de salud, se consolidará la normatividad relacionada con la financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado (NO POS-S), y, para finalizar se evidenciarán y relacionarán los cambios normativos en esta materia con el propósito de justificar normativa y jurisprudencialmente el proyecto formulado en el presente documento.

La Constitución Política de Colombia de 1991, Título II de los Derechos, Garantías y Deberes, Capítulo II, de los Derechos Sociales, Económicos y Culturales, en su artículo 48, instituye la seguridad social como servicio público de carácter obligatorio, el cual será prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado, se establece así mismo la garantía de todos los habitantes del territorio colombiano al derecho irrenunciable a la Seguridad Social, por tanto es deber del Estado la organización, dirección y reglamentación de la prestación de los servicios de salud y de saneamiento ambiental, como se concibe en el artículo 49 de la Carta, tales servicios deberán ser prestados con sujeción a los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad.

En este mismo sentido el Estado deberá promover de manera progresiva el acceso a los servicios de salud de los trabajadores agrarios (campesinos) con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En el Título XI, de la Organización Territorial, Capítulo I de las Disposiciones Generales, de la Carta, los artículos 286 y 287 enmarcan en primer lugar cuáles son las entidades territoriales (Departamentos, Distritos, Municipios y Territorios Indígenas) y la autonomía de las mismas para la gestión de sus intereses, tales como tener sus propias autoridades, ejercer las competencias que les correspondan, administrar recursos, establecer tributos y participar en las rentas de carácter nacional los cuales se forjan como derechos de los entes territoriales.

Tales derechos o facultades otorgadas a los entes territoriales deberán llevarse a cabo con sujeción a la Constitución Política y la ley, es por esto por lo que el Título XII de la Carta, del Régimen Económico y de la Hacienda, Capítulo IV, de la Distribución de Recursos y de las Competencias, artículos 356 y 357, fijan los servicios a cargo de la Nación y de los entes territoriales, crean el Sistema General de Participaciones SGP con el objeto de atender los servicios a cargo de éstos últimos y de proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación; una de las prioridades en la financiación con recursos provenientes de Sistema General de Participaciones SGP, establecida en la Carta Constitucional son los servicios de salud, denominados “Participación en Salud”.

Para finalizar el análisis Constitucional hasta aquí planteado relativo al derecho a la seguridad social, el saneamiento ambiental, los deberes del Estado y la financiación, en el Capítulo V del Título XII, el artículo 365 de la Carta establece los servicios públicos

como inherentes a la finalidad social del Estado y se asegura la prestación eficiente de los mismos a todos los habitantes del territorio nacional por parte del Estado.

Culminado el análisis Constitucional del derecho a la seguridad social, delimitados los principios rectores del que hacer del Estado, a continuación se hará alusión al desarrollo legal del tema propuesto así:

La ley 100 del 23 de diciembre de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, en el preámbulo de la ley la Seguridad Social Integral es definida como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante la cobertura integral de las contingencias a las cuales puede verse expuesta; el Sistema de Seguridad Social Integral tiene como objetivo garantizar los derechos irrenunciables de las personas y la comunidad tendientes a obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que los afectan, el principal garante y protector de éstos derechos es el Estado, mediante la dirección, coordinación y control del servicio público obligatorio de la seguridad social.

Estos deberes del Estado deberán cumplirse con sujeción a los principios de rango Constitucional que orientan la prestación del servicio público esencial de la seguridad social, tales como eficiencia, universalidad y solidaridad, así mismo se deberán dar aplicación a los principios legales de integralidad, unidad, participación y progresividad, contemplados en la ley en mención.

El libro segundo de la ley alude al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S, orientado por principios específicos como la equidad, la obligatoriedad,

protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad, este libro desarrolla los fundamentos que orientan el sistema, precisa la dirección, organización, funcionamiento, normas y demás obligaciones derivadas de su aplicación; los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S están enfocados principalmente en regular el servicio público esencial de salud y en generar condiciones de acceso en toda la población a los servicios de salud en todos los diferentes niveles de atención.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S está compuesto por tres regímenes, un régimen contributivo, un régimen subsidiado y un régimen transitorio o temporal dentro del cual están las personas pobres y vulnerables que aún no logran incorporarse en el sistema (PPV), para cada uno de los regímenes en salud se determinaron diferentes sistemas de financiación para la prestación de los servicios de salud, sistemas de financiación que han sido objeto de múltiples modificaciones u adiciones las últimas de éstas y las que aún continúan vigentes fueron establecidas en la ley 715 del 21 de diciembre de 2001, modificada por la ley 1176 de 2007, por medio de la cual se dictaron normas orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de servicios entre ellos el servicio de salud.

La ley 715 de 2001, artículo 1 define la naturaleza del Sistema General de Participaciones SGP, constituido por recursos que la Nación transfiere por mandato Constitucional, artículos 356 y 357, a las entidades territoriales para la financiación de los servicios cuya competencia se les asigna en ésta ley, el artículo 3 de la misma modificado por el artículo 1 de la ley 1176 del 27 de diciembre de 2007, por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras

disposiciones, establece la conformación de Sistema General de Participaciones SGP, una de las participaciones de carácter específico está destinada al sector salud denominada “Participación en Salud”.

La participación en salud es desarrollada en el Título III Sector Salud, en este título se establecen las competencia en el Sector Salud de la Nación (artículo 42), y los entes territoriales (Departamentos artículo 43, Municipios artículo 44, Distritos artículo 45), a los Departamentos se les asigna la competencia de dirigir, coordinar y vigilar el sector salud, así como gestionar la prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre y vulnerable (PPV) en lo no cubierto con subsidios a la demanda, financiar con recursos propios, si lo considera pertinente, con recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable (PPV).

En el capítulo III de la ley se distribuyen los recursos para la salud, entre los artículos 47 al 53 de la ley, de estos artículos es trascendental resaltar para el objeto de estudio que nos convoca los artículo 47, 48 y 49, en éstos se hace la destinación y distribución respectiva de los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones SGP de acuerdo con unos componentes delimitados (financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda, prestación de servicios de salud a la población pobre y vulnerable (PPV) en lo no cubierto con subsidio a la demanda y acciones de salud pública).

Ahora entramos a mencionar los postulados normativos de la ley 1122 del 9 de enero de 2007, por medio de la cual se hacen modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S, esta ley tiene como objeto primordial artículo 1, el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud, para tal fin focaliza reformas

según el ámbito de intervención de las mismas, en el capítulo III se reglamentó lo relacionado con el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (artículos 9 al 13), el artículo 11 modifica el artículo 214 de la ley 100 de 1993, financiación del régimen subsidiado en salud: Recursos

- Entes Territoriales
- Fondo de Solidaridad y Garantía - Fosyga
- Otros

Hasta aquí se vislumbró de manera general la normatividad relacionada con el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S, se aludió la normatividad de carácter específico que enmarca las competencias asignadas a los Departamentos en materia de prestación de servicios de salud, ahora pasaremos a detallar las normas específicas relacionadas con el tema objeto de la investigación, financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado (NO POS-S), así:

El tema central objeto de la presente investigación se divide en tres momentos cruciales

### **Primer Momento:**

- **Resolución 2933 del 15 de agosto de 2006, del Ministerio de la Protección Social<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Resolución 2933 del 15 de agosto de 2006, del Ministerio de la Protección Social, por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela; Capítulo II fijó el procedimiento para efectuar recobros al Fosyga por concepto de medicamentos no incluidos en el POS y fallos de tutela.

**“Artículo 9°. Requisitos generales para la presentación de las solicitudes de recobro. Las solicitudes de recobro ante el Fosyga por concepto de medicamentos y fallos de tutela, deberán diligenciarse en el formato “FORMULARIO RADICACION DE SOLICITUDES DE RECOBROS” y su anexo “RELACION DE SOLICITUDES DE RECOBRO” que se adoptan a través de la presente Resolución”.**

Subrayado fuera de texto

Para la fecha el sistema de financiación precisado para la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios era vía recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el procedimiento de recobro se adelantaba en dos casos puntuales, primero por concepto de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, (artículo 10), y, en segundo lugar en aquellos casos en los que mediaba un fallo de tutela (artículo 11), que contemplaba expresamente la facultad de efectuar el recobro a dicha entidad por lo ordenado en el mismo (recobro del 100% del costo de la prestación de servicios de salud).

### **Segundo Momento:**

- **Sentencia de Constitucionalidad C - 463 del 14 de mayo de 2008**

La sentencia modula el literal J del artículo 14 de la ley 1122 del 9 de enero de 2007, bajo los siguientes supuestos:

El numeral sexto (6) de la sentencia realiza un examen de constitucionalidad de las disposiciones acusadas (Enfermedad de Alto Costo – Régimen Contributivo – Medicamentos), con fundamento en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política y los principios constitucionales que la rigen, como la universalidad y solidaridad, el análisis propuesto en la sentencia (numeral 6.1) está dividido en cuatro puntos fundamentales; los dos primeros enfocados en el alcance de las disposiciones

acusadas, en este sentido para la Corte Constitucional queda claro que una vez el médico tratante determine la necesidad de un servicio médico en aras de promover, proteger o recuperar el estado de salud de una persona y dicho servicio de salud está excluido del plan obligatorio de salud (según el régimen de salud al cual se encuentre afiliado el paciente, NO POS o NO POS-S), la solicitud de autorización del servicios de salud deberá ser remitida por la EPS o EPS-Subsidiada (La corte en este punto es clara en precisar que dicho trámite es de carácter netamente administrativo, que no deberá ser trasladado al usuario) a sus respectivo Comité Técnico Científico CTC para análisis o aprobación, y, en los casos en los cuales no sean estudiadas oportunamente las solicitudes de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios o éstas no sean tramitadas ante el Comité Técnico Científico CTC y la entidad aseguradora se obligue a la prestación de los mismos vía acción de tutela, los costos de las prestaciones deberán ser cubiertos por partes iguales entre las EPS - EPS-Subsidiada y el Fosyga.

En el tercer punto cuando una persona padece de un problema de salud y el médico tratante determina con un criterio científico objetivo qué necesita el paciente para recuperar su estado de salud, ese requerimiento se convierte en el caso concreto en un derecho fundamental a ser garantizado por el sistema general de salud, por estas razones la Corte ha considerado que las prestaciones en salud de cualquier tipo (no sólo medicamentos) ordenadas por el médico tratante adquieren una fundamentabilidad concreta respecto del paciente en razón de la finalidad última de proteger el derecho fundamental a su salud y sus prestaciones.

En el último punto la Corte pasa a delimitar el alcance de las expresiones demandadas, en primer lugar la corte observó restricciones o limitaciones en la reglamentación de los beneficios consagrados, así:

- La disposición sólo consagra dicho beneficio para aquellos “*casos de enfermedad de alto costo*”
- Sólo consagra el beneficio en relación con los “*medicamentos*”
- Sólo consagra este beneficio para los afiliados y usuarios “*del régimen contributivo*”

Por lo anterior la Corte consideró:

“Por consiguiente, la Corte encuentra que la disposición sub examine vulnera el **derecho a la salud** en cuanto **derecho fundamental**, en razón de que implica, en primer lugar, una limitante frente a **ciertos grupos de usuarios del sistema general de salud**, de acceder a prestaciones en salud No-POS, esto es, de aquellos que padecen una enfermedad no catalogada como “de alto costo” y de aquellos usuarios y afiliados del Régimen Subsidiado; y respecto de prestaciones de servicios de salud diferentes a los medicamentos como intervenciones, diagnósticos, exámenes, cirugías, o cualquier otro tipo de prestación en salud”. (Negrillas fuera del texto original)

En el numeral 6.2 la Corte, basada en las consideraciones y fundamentos para decidir halla que las expresiones demandadas “de alto costo” “del régimen contributivo” y “medicamentos” contenidos en el literal J) del artículo 14 de la ley 1122 de 2007, vulneran el carácter fundamental del derecho a la salud, su carácter de universal por excluir el legislador a algunos usuarios del sistema de ciertos beneficios otorgados, beneficios tales como acceder a las prestaciones no incluidas dentro del plan de beneficios, a aquellos usuarios que padecen alguna enfermedad que no esta catalogada como de alto costo, también se excluye a los usuarios del régimen subsidiado de salud, considerados como los más vulnerables dentro del sistema, así mismo las expresiones demandadas desconocen el principio de universalidad, respecto de la prestación de los servicios de salud en todas sus modalidades, de manera que se

permita alcanzar la promoción, protección y recuperación del bien primario de la salud.  
(Negrillas fuera del texto original)

“En consecuencia, la Corte teniendo en cuenta el principio de “*conservación del derecho*” condicionará la exequibilidad del aparte contenido en el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 del 2007, de manera que se entienda que el reembolso a que son obligadas las EPS objeto de un fallo de tutela, también se aplica respecto de **todos los medicamentos y servicios médicos** ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legales de seguridad social en salud vigentes”. Subrayado fuera de texto.

“Con la incorporación de la interpretación realizada por la Corte para la exequibilidad condicionada de la disposición que se analiza, ésta deviene en constitucional, de manera tal que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado podrán presentar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con la prestación de servicios médicos -medicamentos, intervenciones, cirugías, tratamientos, o cualquiera otro-, ordenados por el médico tratante y no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. En el caso de que las EPS no estudien oportunamente los requerimientos del médico tratante para los usuarios del Régimen Contributivo respecto de servicios excluidos del POS y sean obligados a su prestación mediante acción de tutela, la sanción que impone la disposición demandada a las EPS es que los costos de dicha prestación serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. **En el caso del Régimen Subsidiado ésta disposición deberá entenderse en el sentido de que los costos de la prestación ordenada vía de tutela serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y las entidades territoriales, de conformidad con las disposiciones pertinentes de la Ley 715 del 2001**”. Subrayado fuera de texto.

En este punto es oportuno resaltar el cambio en el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios de régimen subsidiado NO POS-S, el texto señalado es claro en determinar que los costos de la prestación de los servicios de salud descritos ordenados vía acción de tutela será cubiertos por partes iguales entre la **EPS-Subsidiada y las Entidades Territoriales**.

Se evidencia el cambio en el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios, pasando de un sistema de financiación vía recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), a un sistema de financiación de los costos competencia de los Entes Territoriales.

El punto 8 de la sentencia concluye:

“De conformidad con lo expuesto esta Corte declarará la exequibilidad del literal j) del artículo 14 de la ley 1122 de 2007, en el aparte que dispone “*En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga*”, en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes”.

**“RESUELVE**

**Primero.** Declarar **EXEQUIBLE** el literal j) del artículo 14 de la Ley 1222 de 2007, en el aparte que dispone “En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga”, **en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes**”.  
Subrayado fuera de texto.

- **Sentencia T 760 del 31 de julio de 2008**

Esta sentencia entre los muchos temas objeto de estudio retoma el tema de los recobros por la prestación de servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios pero autorizados por el Comité Técnico Científico CTC u ordenados por fallo de tutela, así como el procedimiento establecido y los cambios necesarios para garantizar el flujo de los recursos dentro del sistema por este concepto.

En la sentencia se acumulan casos relacionados con fallas en materia de regulación dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S, que se han materializado en la constante desprotección del derecho a la salud y el aumento considerable del número de acciones de tutela interpuestas con el objetivo de proteger los derechos y cesar la vulneración del mismo, en este sentido la Corte impartió órdenes concretas con el objetivo de reducir el número de acciones interpuestas (2.2.5).

Para el tema de discusión que nos convoca en el presente documento es importante resaltar de la sentencia de la referencia el numeral sexto (6) en el cual se abarcan los problemas recurrentes contrastados dentro de un patrón de violaciones al derecho a la salud, así como las órdenes específicas a los órganos de regulación con el propósito de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud.

Se reconoce con toda claridad el derecho constitucional que les asiste a las Entidades Promotoras de Salud EPS al recobro por concepto de los costos por la prestación de servicios de salud no financiados mediante la unidad de pago por capitación (UPC), así mismo se reconoce que los recursos del sistema de salud (Fosyga) sólo pueden destinarse a pagar los servicios médicos prestados por las EPS en aquellos casos en los cuales no exista ninguna otra entidad responsable del pago.

Es así como el numeral 6.2 determina las órdenes relacionadas con el derecho al recobro por los servicios médicos no cubiertos por el plan de beneficios ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) o las Entidades Territoriales así:

“Se advierte que los reembolsos al Fosyga únicamente operan frente a los servicios médicos ordenados por jueces de tutela o autorizados por el CTC en el régimen contributivo. **En estos mismos casos, cuando el usuario pertenece al régimen subsidiado, la Ley 715 de 2001 prevé que los entes territoriales asuman su costo por tratarse de servicios médicos no cubiertos con los subsidios a la demanda**”. Subrayado fuera de texto

“Indica el artículo 43 de esa norma: “Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones: (...) 43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas. || 43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental”.

Retoma esta sentencia algunos aspectos ya relacionados por la sentencia C- 463 de 2008, ambas sentencias tienen su asidero en varios supuestos; en primer lugar se vieron motivadas por el creciente número de acciones de tutela interpuestas con la finalidad de hacer efectiva la prestación de servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios de ambos regímenes NO POS – NO POS-Subsidiado, una de las posibles causas para este panorama pudo deberse al sistema de financiación establecido para la fecha (resolución 2933 de 2006), el cual consistía como quedó claro en párrafos anteriores, en un sistema de financiación vía recobro al Fondo de

Solidaridad y Garantía (Fosyga), por la prestación efectiva de los servicios de salud ordenados por fallos de tutela, las entidades promotoras de salud garantizaban la financiación de estos costos, negándose o dilatando en un primer momento la prestación de los servicios requeridos por los pacientes, para que los usuarios se vieran en la necesidad de interponer la acción de carácter judicial y el juez constitucional ordenara la prestación de los mismos y el respectivo recobro (recobro del 100%), la sentencia de tutela garantizaba para la fecha el pago de los costos asumidos por la entidad aseguradora.

En vista de este panorama y de las implicaciones negativas que traía consigo para la garantía del derecho fundamental a la salud, las sentencias intentan corregir las inconsistencias presentadas y ordena a las Entidades Promotoras de Salud de ambos regímenes en salud EPS – EPS-Subsidiada, realizar de manera oportuna el trámite respectivo ante el Comité Técnico Científico CTC de la entidad de las solicitudes de autorización de servicios de salud no incluidos dentro de los planes de beneficios (servicios de salud de cualquier tipo y medicamentos), y, en caso de no realizarse dicho trámite y verse obligadas las entidades a prestar los servicios de salud por fallo de tutela, las sanciona ordenándoles cubrir la mitad de los costos por la prestación efectiva de los mismos, quedando sólo la facultad de recobrar por un 50% a la entidad respectiva según el régimen (Régimen Contributivo –al Fosyga – Régimen Subsidiado – a la Entidad Territorial).

Otra de las motivaciones de las sentencias descritas fue el procedimiento operativo y funcional para realizar el trámite de recobro, que impedía el flujo adecuado y oportuno de los recursos dentro del sistema, tema que es someramente mencionado en este

documento por las motivaciones e implicaciones pero del cual no se hará un análisis exhausto, por el tema concreto bajo estudio.

Las sentencias marcaron un punto de corte entre el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios, más concretamente los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado en salud NO POS-S que hasta la fecha se encontraban vigentes y la nueva regulación para dar cumplimiento a los mandatos establecidos en las sentencias.

### **Tercer momento:**

- **Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008, del Ministerio de la Protección Social**<sup>2</sup>

“**Artículo 7º. Procedimiento para la evaluación, aprobación y desaprobación.** Las prescripciones u órdenes médicas deberán ser presentadas al Comité por el médico tratante y se tramitarán conforme al siguiente procedimiento:

Una vez autorizado por parte del Comité Técnico-Científico el medicamento, servicio médico o prestación de salud no incluido en el Manual Vigente de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud o en el Manual Vigente de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la entidad administradora de planes de beneficios deberá garantizar el suministro del medicamento, servicio médico o prestación de salud al usuario y tendrá la posibilidad de solicitar el recobro correspondiente ante el FOSYGA, de conformidad con lo establecido en la presente resolución. **En el caso de las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, deberán presentar el recobro ante las entidades territoriales competentes”.**

Subrayado fuera de texto

---

<sup>2</sup> Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008, del Ministerio de la Protección Social. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela.

La resolución cambio cambió de manera radical el sistema de financiación concebido hasta entonces trasladando la competencia de asumir el costo de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (NO POS-S) vía recobro al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a las Entidades Territoriales (Departamento), lo anterior sin la previa apropiación o redireccionamiento de las fuentes de financiación destinadas en un principio para cubrir los costos de los cobros por parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a los Entes Territoriales.

- **Resolución 5434 del 26 de diciembre de 2008, del Ministerio de la Protección Social**<sup>3</sup>

**“ARTÍCULO 4º.- FINANCIACIÓN DE LA ATENCIÓN DE EVENTOS NO INCLUIDOS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO – NO POS-S:** La atención de los eventos NO POS-S, se financiará por las entidades territoriales con cargo a los recursos del Sistema General de Participaciones – Sector Salud – Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, y los demás recursos previstos en las normas legales vigentes, garantizando el goce efectivo del derecho a la salud de esta población. Los pagos correspondientes se realizarán de conformidad con los procedimientos presupuestales correspondientes”.

Cabe resaltar igualmente la normatividad ya señalada con anterioridad, como sustento complementario de igual relevancia de lo hasta aquí expuesto, pero en esta ocasión procuramos clarificar la idea central del trabajo como punto de partida.

---

<sup>3</sup> Resolución 5434 del 26 de diciembre de 2008, del Ministerio de la Protección Social. Por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud.

## **4.2 FACTOR DE PROTECCIÓN SOCIAL**

### **4.2.1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

La definición tradicional de protección social, entendida como medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas mediante tres áreas de intervención bien diferenciadas – mercado laboral, previsión y asistencia social –, se torna insuficiente en la década de los noventa para afrontar los retos simultáneos de aumento de desarrollo económico y reducción de la pobreza.

El final del siglo XX nos encuentra a todos en un mundo de cambios acelerados donde la incertidumbre se instaura en casi todas las dimensiones de la vida cotidiana de las personas, dejando de ser lo excepcional. De allí que el nuevo concepto de protección social surja relacionado con el concepto de riesgo: intervenciones públicas para a) asistir a personas, hogares y comunidades a mejorar su manejo del riesgo y b) proporcionar apoyo a quienes se encuentran en la extrema pobreza.

Lo primero que se debe saber es que el sector de la protección social es el más joven entre los que conforman la política social, lo que no significa que previamente existieran en el país estructuras institucionales que buscaran una mayor coherencia en las acciones de la diversidad de actores estatales del ámbito social. Desde la proclamación de la Constitución de 1991 se han intentado distintas formas, instancias y espacios de coordinación de la política social.

1998. Estructura Institucional: se puede decir que las reformas institucionales, que acompañaron la descentralización del sector social en la década del noventa, se

caracterizaron por: a) una mayor flexibilidad de la regulación laboral, b) el ingreso de actores privados en la seguridad social y c) el desarrollo de mecanismos de focalización de los programas dirigidos a población vulnerable; esto sin considerar las importantes reformas educativas, aunque evidentemente forman parte de la política social y del desarrollo de capital humano.

1999. Programas Intersectoriales. Debido a la característica respuesta de emergencia implícita en su nueva misión, se préndete mejorar su capacidad de ejecución desarrollando cada vez más instrumentos normativos y de control centralizado, como mecanismos para lograr la indispensable articulación interinstitucional.

2000. Análisis de la Red de Protección Social en Colombia: Grupos poblacionales y desprotección. *Fedesarrollo*

2001. Diagnóstico del Manejo Social del Riesgo en Colombia. Diseño del Sistema Social de Riesgo: Programas coyunturales vs. Estructurales. *CRECE*

2002. Pobreza y Protección Social en Colombia. Dificultades de la organización institucional segmentada. Fedesarrollo y Banco Mundial. Organización institucional basada en identificación de intereses de los actores. *Ministerio de la Protección Social*.

#### **4.2.2 ANTECEDENTES CONCEPTUALES DEL SISTEMA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

En el diseño del sistema de protección social en Colombia tuvieron influencia muchas corrientes de pensamiento, más aún que el número de actores participantes, sin

embargo, en aras de la brevedad para este apartado, identifiqué tres marcos conceptuales organizados según la dimensión sobre la que influyeron:

1. El Enfoque de Derechos, correspondiente a las corrientes de sociedad incluyente impulsadas desde Unicef y otras agencias del Sistema de las Naciones Unidas. Reviste importancia para comprender el *contexto* de política social, del cual indudablemente forma parte la protección social, incluso el componente referido al sector del trabajo. Desde esta óptica se inicia la reflexión sobre política pública en el área social, dentro de la cual las políticas gubernamentales se plantean como acciones e instrumentos que se consolidan al interior de sistemas y no como acciones independientes o atomizadas.

Indudablemente, concebir el desarrollo desde una perspectiva de sistemas, implica necesariamente pensar en el papel que pueden desempeñar las instituciones dentro de este marco de acción, y conlleva a preguntarse por la esencia de la gestión pública y, en particular, si existe un solo tipo de gestión, si esta depende en gran medida de las características propias de cada proyecto o programa, si es posible encontrar elementos comunes entre los programas o acciones y si es a partir de estos elementos comunes que es posible pensar en desarrollar mecanismos de coordinación y concertación que permitan trascender lo sectorial y concebir la ejecución de las acciones como la búsqueda de un cambio de actitudes o del bienestar, que no son otra cosa que el resultado de las acciones de todos.

Como aproximación inicial, el grupo participante de esta reflexión identificó, basándose en su experiencia, dos tipos de dinámicas de gestión dentro de las cuales se pueden clasificar los denominados “programas presidenciales”:

Suprasectorial: Esta es una gestión que básicamente estaría dirigida a la generación de actitudes que permitan lograr los cambios deseados, incluso se espera que tenga incidencia sobre “el imaginario colectivo” de un grupo poblacional; por eso, alrededor de este objetivo van surgiendo actores con acciones conexas o que se cruzan entre sí.

Intersectorial: Desde esta dinámica de gestión, las funciones están definidas para cada una de las instituciones participantes, las cuales establecen su competencia y responsabilidad específica; por eso se formulan planes de acción dirigidos a poblaciones específicas, que identifican productos individuales, pues su realización está en función de las metas. Hay una conciencia institucional que está presente en toda la gestión, debido a que el marco lógico de actuación se apoya en la concepción institución-competencia-producto, que se aleja de los posibles resultados.

Basándose en estos dos tipos de dinámicas de gestión se pueden concebir, con mucho más contenido, los ejercicios de participación de los diversos actores sociales, tanto públicos como privados o de la sociedad civil en general, en la gestión de la política social. A raíz de esta reflexión se inicia el proceso de construcción de los fundamentos metodológicos de la formación de política pública en el área social.

Los servicios sociales son exitosos si son capaces de contribuir a la formación de personas y grupos que se conciben a sí mismos como sujeto de derechos, capaces de contribuir, desde su red de experiencias y vivencias cotidianas, a las decisiones públicas, bien en el plano individual o desde las organizaciones sociales.

2. El Marco del Manejo Social del Riesgo y Nuevo Enfoque de Protección Social que, a su vez, recoge otras tendencias asociadas a estrategias de reducción de la pobreza; es publicado por el Banco Mundial. Aporta el instrumental analítico para examinar y

organizar los programas que conforman el *contenido* del sistema, lo que permite delimitar su alcance y la estructura orgánica del Ministerio.

El nuevo enfoque, definido al inicio, replantea las áreas tradicionales de protección social: intervención en el *mercado laboral*, previsión o *seguridad social* y *asistencia social* o redes de protección social.

En la nueva concepción, protección social se ha definido como “intervenciones públicas para asistir a personas, hogares y comunidades en un mejor manejo del riesgo y prestar apoyo a los más vulnerables”. Los dos son objetivos de la protección social; de ninguna manera son opciones excluyentes, ambos objetivos se articulan en cadena, de forma que la intervención para apoyar a los más vulnerables permita acceder a otros instrumentos que mejoren su capacidad de manejar los riesgos.

Significa que la protección social es universal, aunque contemple acciones especiales de apoyo a quienes enfrentan obstáculos para acceder a los instrumentos que la sociedad proporciona para un mejor manejo cotidiano del riesgo.

Los principales elementos del marco de manejo social del riesgo son los siguientes:

- Estrategias de manejo del riesgo (reducción, mitigación y superación de eventos negativos).
- Sistemas de manejo del riesgo por nivel de formalidad (informales, de mercado y proporcionadas o gestionadas por el sector público).
- Actores en el manejo del riesgo (desde individuos, hogares, comunidades, ONG, instituciones de mercado, gobiernos hasta organizaciones internacionales y la comunidad mundial en general).

Con respecto a las implicaciones incorporadas al diseño del sistema en Colombia, y a manera de conclusión de esta sección, la nueva concepción en el marco del MSR impulsa al menos tres transformaciones en la protección social, que se pueden calificar como cambio de paradigma:

- Integra un conjunto de medidas que supera la concepción tradicional de proveer seguridad de *ingresos a las personas* para enfocarse a proporcionar protección ante los riesgos que amenazan el *bienestar de los hogares*.
- Permite la transformación de un Estado concentrado en *manejar riesgos sociales* para enfocarlo en conformar alianzas con otros actores y lograr un *manejo social del riesgo*, en una concepción de riesgo mucho más amplia, tanto en relación con la población a proteger como en la amplitud de riesgos que la amenazan, con lo que trasciende un enfoque sectorial fragmentario para concentrarse en los mecanismos que protegen a la unidad amenazada que es el hogar.
- Ordena las estrategias y mecanismos de protección para conformar barreras sucesivas que, en última instancia, se levanten para *proteger el capital humano del desahorro*, que es el causante del deterioro irreversible de la capacidad de desarrollo de la sociedad, y no sólo de las poblaciones por él afectadas como se concibe en los programas tradicionales de lucha contra la pobreza.

3. El concepto de Gerencia Social, promovido por el INDES, contribuye con un conjunto de principios, conocimientos y metodologías analíticas, que le dan sentido a la *gestión* del área social en función del resultado esperado; la experiencia más documentada en el país corresponde a la aplicación de instrumentos de análisis de actores involucrados.

### 4.2.3 CONCEPTO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Una de las definiciones de la Protección Social propuestas en el documento de Gerencia Social <sup>4</sup> el cual refieren: La protección social de alguna u otra manera, tiene la idea de reducir la vulnerabilidad de los hogares frente a eventuales caídas de ingresos, por medio de un mejor manejo del riesgo. También hacen alusión al apoyo que requieren las personas y comunidades que se encuentran en situación de vulnerabilidad crítica.

El nuevo enfoque, definido al inicio, replantea las áreas tradicionales de protección social: intervención en el *mercado laboral*, *previsión o seguridad social* y *asistencia social* o redes de protección social. En itálica están señaladas las denominaciones en Colombia para empezar a despejar confusiones por el uso de la misma palabra para expresar ideas distintas: redes de protección social alude a la asistencia social, uno de los componentes de la protección social, y no al conjunto del sector.

El enfoque tradicional está orientado hacia servicios y estas tres áreas han coexistido como sectores delimitados, incluso como modelos separados con mucha fuerza ideológica que ha dificultado su interacción: los del mercado laboral son acusados de economicistas, mercantilistas y otros epítetos, ellos a su vez, consideran a los de asistencia social como asistencialistas, salubristas y ambos tildan de ineptos a los de seguridad social.

---

<sup>4</sup> Vergara, C.H. Antecedentes de la protección social en Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Ministerio de la Protección Social MPS; 2005. Cap. 3. Pág. 77-143.

Finiquita así el marco teórico del proyecto de investigación propuesto en el presente documento, el cual abarca en su inicio la normatividad de carácter general, pasando por la normatividad específica del tema desarrollado (factor jurídico) y para finalizar se menciona someramente los antecedentes del sistema de protección social y el concepto del protección social (factor de protección social), con el intención de enmarcar el Sistema General de Seguridad Social en Salud como componente del Sistema de la Protección Social en Colombia concebido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos (generalidad de la población), especialmente de los más desprotegidos (sujetos con particularidades especiales).<sup>5</sup>

## 5. OBJETIVOS

### General

Evidenciar los cambios normativos en la estructura de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado en salud NO POS-S y cómo estos cambios afectan negativamente la consecución de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S (Sistema de la Protección Social en Colombia).

---

<sup>5</sup> Ley 789 del 27 de diciembre de 2002 artículo 1. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.

## **Específicos**

- Detallar cronológicamente los cambios normativos del sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado en salud NO POS-S
- Especificar cómo los cambios normativos en la estructura de financiación de la de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado en salud NO POS-S, afectan la consecución de los objetivos propuestos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSS-S (Sistema de la Protección Social en Colombia).

## **6. METODOLOGÍA**

6.1 Enfoque Metodológico de la Investigación: El enfoque metodológico de la investigación consignada en este documento es Cualitativo

6.2 Método: El método utilizado en la investigación fue hermenéutico

6.3 Tipo de Estudio: El tipo de estudio aplicado fue el Exploratorio

6.5 Instrumentos de Recolección de Información:

- ✓ Fuentes: Archivos, textos, referencias bibliográficas, artículos. Artículos de Internet, memorias.
- ✓ Técnica: Secundaria

6.6 Consideraciones Éticas: Se respetaron los derechos de autor de cada una de las personas que se tuvieron en cuenta para realizar la investigación.

Este trabajo es de carácter netamente académico, como requisito de grado para la Especialización de Gerencia en Protección Social de la Universidad CES.

## CONCLUSIONES

- Producto de una desacertada interpretación de la real motivación de algunas sentencias de la Corte Constitucional, el Ministerio de la Protección Social expidió actos administrativos que cambiaron radicalmente y abruptamente la estructura de financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud SGSS-S en el régimen subsidiado, en desmedro de las condiciones de la población pobre y vulnerable (PPV) que no ha logrado acceder a los beneficios otorgados por ambos regímenes en salud en Colombia.
- Los designios innegables de las sentencias de la Corte Constitucional que incentivaron las transformaciones en el sistema de financiación de la prestación de los servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios del régimen subsidiado (NO POS-S) estaban encaminados a disponer de los recursos financieros suficientes para tal efecto, y, ser girados a los entes territoriales o en caso contrario redireccionar las fuentes de financiación que en un principio alimentaban al Fondo de solidaridad y Garantía (Fosyga) para atender estas competencias a los entes territoriales.

- Se evidenció el problema persistente de la falta de adecuación normativa a los objetivos propuestos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia SGSS-S, en especial al principio de carácter constitucional y legal de **Universalidad** concebido como la cobertura total en materia de aseguramiento en salud; falta de adecuación normativa que a su vez perturba el logro de los propósito del Sistema de la Protección Social en Colombia.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Constitución Política de Colombia de 1991.
2. Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones.
3. Ley 789 del 27 de diciembre de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo.
4. Ley 715 del 21 de diciembre de 2001. Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
5. Ley 1176 del 27 de diciembre de 2007. Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.
6. Ley 1122 del 9 de enero de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

7. Resolución 2933 del 15 de agosto de 2006. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela; Capítulo II fija el procedimiento para efectuar recobros al Fosyga por concepto de medicamentos no incluidos en el POS y fallos de tutela.
8. Referencia: expediente D-7013, Demanda de inconstitucionalidad contra el literal J (parcial) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, Demandante: José Alfredo Hauptmann Munevar, Magistrado Ponente: Dr. JAIME ARAÚJO RENTERÍA, Bogotá, D. C., Mayo catorce (14) del dos mil ocho (2008). La Sala Plena de la Corte Constitucional, en cumplimiento de sus atribuciones constitucionales y de los requisitos y trámites establecidos en el Decreto 2067 de 1991, profiere la siguiente. Sentencia de Constitucionalidad C - 463 del 14 de mayo de 2008.
9. Resolución 3099 del 19 de agosto de 2008. Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela.
10. Resolución 5434 del 26 de diciembre de 2008. Por medio de la cual se adoptan los mecanismos que permitan agilizar los trámites requeridos para la atención en

salud de los eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado – No POS-S de los afiliados al Régimen Subsidiado, por parte de las entidades departamentales y distritales, y municipales certificadas en salud.

11. Vergara, C.H. Antecedentes de la protección social en Colombia. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS. Ministerio de la Protección Social MPS; 2005. Cap. 3. Pág. 77-143.