

**PERCEPCION SOBRE LOS TEMAS INTERVENIDOS AL AMPARO DE LA  
EMERGENCIA SOCIAL DECRETADA EN COLOMBIA EN DICIEMBRE DE 2009**

**CARLOS MARIO MONTOYA SERNA**

**GABRIEL JAIME BETANCUR DUQUE**

Tesis de grado para optar al título de Magíster en Administración en Salud

UNIVERSIDAD CES Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO Facultad de Administración

Medellín

2011

## RESUMEN

En diciembre de 2009 se expidió el Decreto 4975 y luego 13 mas, para conjurar la crisis financiera del sistema de salud colombiano. En Sentencia C-252/10, se declaró inexecutable este Decreto y la “inconstitucionalidad por consecuencia” de los otros 13. Esta Emergencia Social se justificó en: el déficit financiero del sistema, generado por la Sentencia T-760 de 2008, que ordenó igualar los planes de beneficios y cubrir servicio por fuera él; una demanda inadecuada; altos recursos en un número reducido de afiliados que demandan servicios costosos y sin la ser costo-efectivos; corrupción en recobros al Fosyga; Déficit de los entes territoriales; Fallas en el flujo de recursos a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En evaluación hecha entre estudiantes de posgrados, en la Universidad CES, con el objetivo de identificar entre ellos su percepción sobre los Decretos de la emergencia social, se buscó determinar su validez y valorar el nivel de impacto;

Sobre el Decreto 4975 del 23, con el que se declaró el Estado de Emergencia Social, el 55%, esta en desacuerdo y muy en desacuerdo con la utilización de este mecanismo para. El 48% estuvieron en desacuerdo y el 15% muy en desacuerdo con que contenía herramientas suficientes. Sin embargo, muchos de los decretos, si se consideraron útiles y necesarios.

Se concluyo que la crisis del sistema no radica en la falta de recursos y que las medidas en este orden, poco impactarían. Se respaldó mayores herramientas de inspección, vigilancia y control; mayores facultades a la Superintendencia Nacional de Salud y la delegación y desconcentración de funciones. Se reconoce la responsabilidad del Gobierno en la definición de estándares de calidad, elaboración de protocolos, diseño de políticas, definición de criterios de inclusión o exclusión al Plan Obligatorio de Salud; regulación de precios de insumos, medicamentos y materiales; pero se desconfía, en materia de manejo de recursos.

Son necesarios los protocolos y guías de atención, aunque poco trascendentes y atentatorio contra la autonomía e independencia intelectual del profesional, la obligatoriedad de ceñirse a ellos y la posibilidad de establecer sanciones por su no acatamiento. Los profesionales del sector salud no le tienen temor a mayores controles y sanciones, por falta de atención, atención inoportuna o errores técnicos. No justifican la unificación del Plan Obligatorio de Salud, disminuyendo el Plan de Beneficios o aumentando la base de cotización.

## **SUMMARY**

The decree 4975 was issued in December 2009, and then 13 more, to avert the financial crisis of the Colombian health system. Later on, sentence C-252/10 declared this decree to be unconstitutional, resulting, therefore, in the “unconstitutionality per consequence” of the other 13. This Social Emergency was justified by: the system’s financial deficit, generated by sentence T-760, 2008, which mandated to balance the benefit plans and to cover services outside of it; an inaccurate claim, high income in a small number of affiliates demanding expensive services; corruption at FOSYGA recoveries; deficit of territorial authorities, resources flow failures at the institutions providing health services (IPS for its name in Spanish).

Thus, in a poll taken among graduate students at CES University, aiming to identify their perception of the social emergency decrees, we also sought to determine its validity and evaluate the level of impact.

About the decree 4975/23, which declared the State of Social Emergency, 55% disagreed and strongly disagreed with the use of this mechanism. 48% disagreed, and 15% strongly disagreed with the containing tools. However, some of the decrees were considered necessary and useful.

It was concluded that the crisis of the system lies not in the lack of resources and that the actions taken in this matter, would cause little impact. Greater tools support was given for inspecting, monitoring and controlling, more faculties for the National Health Superintendence and the delegation and deconcentration of functions. It recognizes the responsibility of the Government in defining quality standards, protocol development, policies design, criteria definition for inclusion or exclusion on the Obligatory Health Plan (POS for its name in Spanish), regulation of prices when it comes to expenses, medicines, and materials; but there is lack of confidence in the handling of its resources.

Attention protocols and guidelines are necessary, although some far-reaching fearing to restrict the autonomy and intellectual independence of the professional, due to the obligation to adhere to them and the possibility to undergo sanctions for non-compliance. The health professionals sector will have no fear of stricter controls and penalties due to poor services and attention; thus, inappropriate care or technical mistakes, do not justify the unification of the Obligatory Health Plan Benefits in order to decrease or increase the base for contribution.

## **PALABRAS CLAVE**

Decreto

Emergencia social

Reforma de la salud

Protección social en salud

Corte constitucional

Derecho a la salud

Crisis sector salud

## **INTRODUCCIÓN**

El 29 de diciembre de 2009, el señor presidente de la República de Colombia, Álvaro Uribe Vélez, amparado en el artículo 215 de la Constitución Política de Colombia, estableció la emergencia social mediante el Decreto 4975 (8).

Esta Emergencia Social se justificó con varios argumentos, entre ellos: el déficit financiero del sistema, generado en parte por las consecuencias fiscales de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, que entre otras cosas, ordena desarrollar rápidamente la legislación necesaria para igualar ambos planes de beneficios. Adujo el Gobierno, que el sistema no estaba preparado ni diseñado para cubrir el costo de las prestaciones que se encuentran por fuera del plan de beneficios y que la Corte ordenaba cubrir (8).

Adicionalmente, el Gobierno justificó la emergencia social con los siguientes argumentos:

- Los actores del sistema, con diversos intereses económicos, políticos y sociales, inducen una demanda inadecuada de servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios.
- Existe una alta concentración de recursos en un número reducido de afiliados al sistema, que están demandando servicios no incluidos en el POS, altamente costosos y sin la certidumbre de ser costo-efectivos, lo cual atenta contra el principio de equidad del sistema.
- Evidencias de corrupción detectadas en los recobros al Fosyga, por parte de los diferentes actores: usuarios, prestadores, aseguradores y el mismo Fondo.
- El déficit que están presentando los entes territoriales, en especial los Departamentos, para cubrir servicios no incluidos en el POS subsidiado y a la población pobre no asegurada.

- Fallas en el flujo de recursos que vienen afectando a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), lo que deriva en fallas de la atención y problemas en el pago a proveedores y nóminas, afectando la calidad de la atención.

Para conjurar la emergencia social, el Gobierno Nacional, dictó 13 Decretos reglamentarios, que intervenían en su criterio temas neurálgicos, con el fin de aumentar los recursos y disminuir los costos del sistema.

De inmediato se levantaron diferentes voces de protesta y una gran movilización ciudadana en contra de cada uno de los Decretos, incentivadas, en algunos casos, por actores con intereses directos o indirectos, y en otros, por ciudadanos con una verdadera convicción de la inconveniencia de los Decretos reglamentarios de la emergencia social.

En documento enviado a la Corte Constitucional el 2 de marzo de 2010, el Procurador General de la Nación, emitió concepto desfavorable, solicitando que fuese declarado inexecutable el Decreto 4975 de 2009 mediante el cual se estableció el estado de emergencia social (36). Finalmente, el 16 de abril de 2010, la Corte Constitucional declaró inexecutable el Decreto base de la emergencia social y los Decretos que al amparo de ésta se derivaron, haciendo salvedad en que la aplicación de algunos de ellos, sería diferida en el tiempo, en tanto el Gobierno Nacional pudiera tramitar y expedir las normas necesarias con el fin de no agravar la crisis financiera del sector salud, que si bien no era un hecho sobreviniente, sí es una palpable realidad social.

La declaratoria de emergencia social fue duramente criticada y sus Decretos reglamentarios atacados por muchos estamentos y todos los medios de comunicación; y Ante el fracaso del mecanismo utilizado para tramitar estas normas, surge la necesidad de evaluar la percepción de quienes por su actividad académica, deberían estar enterados a fondo de las razones e implicaciones de la

emergencia social y cuál es la utilidad o no, de los temas tratados en los diferentes Decretos dictados al amparo de esta emergencia social.

Muchos criticaron el proceso de elaboración de los Decretos de emergencia social, aduciendo que no fueron realizados en consenso con los diferentes actores del sistema de seguridad social en salud, ni tramitados en el Congreso de la Republica. Tras dicha resistencia a los Decretos de emergencia social, estuvieron varias fuerzas de la sociedad, las cuales se sentían afectadas en el ejercicio de sus derechos, en su autonomía profesional, en el ejercicio de su actividad económica o en su estructura financiera (37). Pero en sí, no había ninguna herramienta objetiva, que evaluara la percepción que tiene los actores del sistema, así como los expertos, sobre la necesidad o no de la emergencia social y más que ello, de los temas que con los Decretos se intentaban intervenir.

Con el objetivo general, de identificar entre los profesionales especialmente interesados en la normatividad del sistema colombiano de seguridad social en salud, la percepción que tienen sobre la necesidad de intervenir las áreas tratadas en los Decretos de la emergencia social, expedidos por el Gobierno colombiano en diciembre del 2009 y enero del 2010. Se buscó específicamente: 1. Determinar la percepción que tienen los profesionales que adelantan estudios de posgrado en áreas administrativas de salud, sobre la validez que el Gobierno Nacional en forma autónoma por la vía de la emergencia social, modificara el sistema de seguridad social en salud. 2. Valorar el nivel de impacto sobre el sistema de seguridad social en salud, que a consideración de estos profesionales, se obtendría al intervenir las aéreas tratadas en cada uno de los Decretos. 3. Consolidar las razones del porque esta población tiene una valoración específica sobre el impacto de cada uno de los Decretos. 4. Conocer cuales serian los temas diferentes a los tratados en los Decretos de emergencia social, que en criterio de los evaluados, requieren ser

intervenidos para modificar positivamente el sistema colombiano de seguridad social en salud.

## **MARCO TEORICO**

### **Evolución de la normatividad**

La Constitución Política de Colombia, en el Artículo 49 define que: “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”(1).

Posteriormente la Ley 100 de 1993 en el artículo 157. Plantea afiliación total de todos los colombianos al sistema de seguridad social en salud, para el año 2000 (2). Esta misma meta es ratificada en el Plan de desarrollo Nacional 2002-2006 (3) y 2006-2010 (4) e igualmente se revalida esta meta en la Ley 1122 de 2007 pero ampliando el termino de tiempo al año 2010 (5).

La Corte Constitucional en diferentes Sentencias ha ratificado que: “La salud es un estado variable, susceptible de afectaciones múltiples, que incide en mayor o menor medida en la vida del individuo”. Igualmente según el bloque de Constitucionalidad: “el derecho a la salud comprende el derecho al nivel mas alto de salud posible dentro de cada estado, el cual se alcanza de manera progresiva” (24).

Entenderíamos entonces según la Constitución política y la Corte Constitucional que es el Estado quien debe proveer y garantizar a sus ciudadanos la disminución de los riesgos y el nivel más alto de salud posible, de acuerdo con la capacidad del Estado y la necesidad del individuo. Para ello la Ley 100 de 1993 en el artículo 157, plantea la unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) y en artículo 162 de la misma Ley, establece la obligatoriedad de la revisión constante de este plan (POS) (2).

Sin embargo la Constitución política de Colombia no le otorgó a la salud el estatus de Derecho Fundamental, el cual si fue reconocido por la Corte Constitucional en

Sentencia T-859/2003, en la cual se manifiesta que: “El derecho a la salud es un derecho fundamental de manera autónoma” y los sustenta en los argumentos de ser un derecho subjetivo de aplicación inmediata; esencial e inalienable para la persona; y necesario para la dignidad humana (23).

Posteriormente la misma Corte Constitucional en revisión de diferentes fallos que tutelaron el derecho a la salud de algunos individuos, estableció las vías de protección del derecho a la salud como derecho fundamental (24):

- Por conexidad con derecho a la vida.
- Derecho a la integridad personal.
- Derecho a la dignidad humana.

En la Sentencia T-595/2002 se establece a demás que este (el derecho a la salud), es un derecho de exigibilidad inmediata (22).

Si bien los jueces, los altos tribunales y la Corte Constitucional han tutelado el derecho a la salud, constituyéndolo como derecho fundamental, de exigibilidad inmediata y de responsabilidad inmediata, esta protección a este derecho se convierte de mayor exigibilidad tratándose de un niño y para ello se hace uso del Artículo 44 de la Constitución Política, donde se establecen los derechos de los niños (1). Y en la Sentencia T-760/2008 se da mayor alcance al decir: “El derecho a la salud de los niños al lado de otros derechos es en si mismo un derecho fundamental, con carácter prevalente sobre los derechos de todos los demás” (24).

Sin embargo y a pesar del creciente numero de fallos protegiendo este derecho, la Corte misma considera que “La adopción de ordenes encaminadas únicamente a resolver las causas concretas, es insuficiente ya que, además de que las mismas situaciones se siguen presentando reiteradamente, el número de tutelas para acceder a servicios de salud tiene una sólida tendencia a crecer”. Esta es la razón

por la cual en la Sentencia T-760 de 2008, la Corte va más allá y le establece al Estado colombiano términos perentorios para establecer normas y mecanismos tendientes a evitar la violación o el no cumplimiento a la protección de este derecho por quien corresponda (24).

Según la Defensoría del Pueblo en su estudio “La tutela y el derecho a la salud, periodo 2003-2005”, primera actualización, publicado en el 2007 (34), establece ente otros hallazgos que:

- Los derechos mas invocados para proteger la salud son en su orden el derecho a la vida, el derecho de petición y el derecho mismo a la salud.
- En Colombia aproximadamente 60.000 tutelas anuales reclaman derecho a la salud, de servicios cubiertos por el POS y por los cuales se esta pagando previamente una Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esto corresponde al 56% de las tutelas interpuestas buscando la protección al derecho a la salud.
- Entre las entidades más demandadas se encuentran los entes territoriales con aproximadamente el 15% de fallos en su contra y de ellos en Antioquia se originan más del 33% de las tutelas del país. 47 tutelas por cada 10.000 habitantes.
- Es notoria la tendencia de los jueces que con conocimiento a con carencia de el, fallan en mas del 87% a favor del accionante y el 27% restante es por que el accionante falleció o por que la entidad responsable ya hizo la atención correspondiente antes del fallo.
- El 77% de los fallos por estas causas son contra EPS, en menor medida del régimen subsidiado y en mayor medida para las del régimen contributivo. A esto abría que agregarle lo que dice Jaime Alberto Peláez Quintero en su libro “El negocio de la salud en Colombia” cunado asegura que las aseguradoras privadas han demostrado ser “... altamente rentables,

especialmente aquellas consideradas las mas grandes...” especialmente aquellas que están entre las 100 empresas mas grandes del país.

- Las reclamaciones de mayor frecuencia son en un 20% exámenes paraclínicos, 18% medicamentos y 17% cirugías.

Ante la difícil situación acumulada por varios años, el riesgo de colapso del sistema y los imperativos de la Corte Constitucional, el Gobierno Nacional con el fin de conjurar la situación de urgencia e impedir la extensión de sus efectos motiva el Decreto 4975 del 23 de diciembre del 2009, declarando el Estado de Emergencia Social en todo el Territorio Nacional, por el término de treinta (30) días, contados a partir de la fecha de esta declaratoria y con base en este el Gobierno Nacional ejerce las facultades otorgadas en el artículo 215 de la Constitución Política y dicta inicialmente 13 Decretos que intervienen diferentes áreas (8).

El Decreto 073 de enero 18 de 2010 (9), básicamente libera recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales para permitir que con ellos se pueda financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, y se dictan otras disposiciones.

El Decreto número 074 de enero 18 de 2010 (10), hace modificaciones al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito -FONSAT- y se dicta otras disposiciones.

Con el Decreto 075 del 18 de enero del 2010 (11), se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Decreto 126 de 21 de enero de 2010 (12), dicta disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control de lucha contra la corrupción en el Sistema

General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias y penales.

El Decreto 127 de enero 21 de 2010 (13), por el cual se adoptan medidas en materia tributaria, Modifica el párrafo del artículo 190 de la Ley 223 de 1995 el cual queda así: "Párrafo, De la tarifa del 48% aplicable a las cervezas y sifones, ocho (8) puntos porcentuales se destinarán a financiar el segundo y tercer nivel de atención en salud. Los productores nacionales y el Fondo Cuenta de Impuestos al consumo de Productos Extranjeros girarán directamente a los Fondos o Direcciones Seccionales de Salud y al Fondo Distrital de Salud, según el caso, el porcentaje mencionado dentro de los quince 15 días calendario siguientes al vencimiento de cada periodo gravable.

El Decreto 128 del 21 de enero del 2010 (14), define y regula los principios, mecanismos, condiciones, instituciones y recursos, destinados a la prestación de servicios de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, y los define hacia adelante como Prestaciones Excepcionales en Salud. Este Decreto no aplica a las prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado contenidas en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, las cuales deben ser atendidas de conformidad con la normatividad vigente.

El Decreto 129 del 21 de enero 2010 (15), adopta medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social

En el Decreto número 130 de enero 21 de 2010 (16), se dictan disposiciones sobre monopolio rentístico de juegos de suerte y azar regulando temas como cobro de premios y destinación de premios no reclamados. Giro directo de derechos de explotación de apuestas permanentes. Gastos de administración. Operación de juegos localizados en cruceros. Fortalecimiento del monopolio para

la eficiencia y generación de rentas. Control a la ilegalidad y fiscalización. Regulación del monopolio rentístico.

El Decreto número 131 de enero 21 de 2010 (17), crea el Sistema Técnico Científico en Salud como un conjunto de principios, órganos, instituciones, reglas y recursos, cuya finalidad es la coordinación de actividades tendientes a la generación del conocimiento para la prestación del servicio público de salud en condiciones estandarizadas de acuerdo con criterios técnicos y científicos. Este Sistema buscará el mejoramiento de las condiciones de salud de la población, a través de la entrega de prestaciones científicamente validadas y técnicamente aplicables en el servicio público de Salud. Adicionalmente, se encargará de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud para garantizar el mayor bienestar social posible. De igual forma se regula la autonomía profesional a través de planes obligatorios de salud, doctrina médica y referente basada en evidencia y se definen. También se regulan aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud.

Por el Decreto 132 del 21 de enero de 2010 (18), se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Decreto 133 de 21 de enero de 2010 (19), adopta medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

El Decreto 134 de 21 de enero de 2010 (20), modifica el Presupuesto General de la Nación para, la vigencia fiscal de 2010. Adicionando el Presupuesto de Rentas y Recursos de Capital del Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010, en la suma de quinientos cincuenta y ocho mil doscientos cincuenta y cinco millones ochocientos noventa y seis mil pesos (\$558.255.896.000).

Con el Decreto 135 enero 21 de 2010 (21), se distribuyen recursos del Fondo para la Rehabilitación, Inversión Social y Lucha contra el Crimen Organizado -FRISCO- hasta por el treinta por ciento (30%) de sus recursos para el fortalecimiento de los programas de prevención, mitigación, superación y desarrollo institucional establecidos en el marco de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto.

Como era su obligación, ante la revisión por parte de la Corte Constitucional de estos Decretos, el Procurador General de la Nación en documento radicado el 2 de marzo de 2010, emitió su concepto desfavorable, solicitando que fuese declarado inexecutable el Decreto 4975 de 2009, mediante el cual se estableció el estado de emergencia social (36).

Considera que la revisión del aspecto formal de la emergencia social, cumplió las 4 pasos definidos en la Constitución para la declaratoria del estado de emergencia social: a) Decreto con fuerza de Ley, b) se motiva la decisión de la declaratoria del estado de excepción, c) trae la firma del presidente con todos sus ministros, y d) declara el termino de 30 días.

Refiere el Procurador, que además del aspecto formal, la declaratoria de emergencia social, debe estar fundada en los presupuestos señalados en el artículo 215 de la Constitución: 1) supuesto factico que indica que los hechos sobrevivientes, constituyan grave calamidad pública, 2) la perturbación debe ser grave e inminente, 3) las razones no puede ser conjuradas mediante el uso de las atribuciones ordinarias de las autoridades estatales.

El Procurador señala que las declaraciones de emergencia social se deben expresar de una manera muy precisa y estricta, y solo pueden ser utilizadas cuando circunstancias extraordinarias hagan imposible el mantenimiento de la normalidad mediante la utilización de los poderes ordinarios de Estado.

Considera el Procurador General de la Nación, que las causas que motivaron el Decreto 4975 de 2009 y por ende, que determinaron el estado de emergencia social, no alcanzan la categoría de hechos sobrevinientes, ya que son generados por fallas de larga data en la relación entre los actores del sistema y de fallas estructurales de la Ley 100; además de falencias en la regulación, vigilancia y control, por errores en los mecanismos de intervención estatal y de los entes de control.

Señala también, que los hechos que afectaron el componente financiero del sistema, fueron progresivos y previsibles, y el Gobierno no realizó las correcciones necesarias utilizando los conductos regulares, lo que condujo a una situación, que aunque es real y grave, no cumple los requisitos de sobreviviente para la declaratoria de emergencia social.

Todo lo expuesto lo llevo a concluir, que la sustentación de la declaratoria del estado de emergencia social, no se ajusta al orden Constitucional. Hechos como: desfinanciación del sistema de salud y problemas de intervención del Estado en dicho sistema, entre otros; no tuvieron el carácter de sobrevinientes, porque no se trato de fenómenos fácticos que se hubieran dado de manera repentina e imprevista para el momento de tal declaratoria, sino que se venían presentando de modo sistemático y ascendente en el tiempo, por lo tanto, el Procurador General de la Nación, solicita a la Corte Constitucional, declarar inexecutable el Decreto 4975 de 2009 mediante el cual se declaró el estado de emergencia social.

La Corte Constitucional, en sesión de la Sala Plena celebrada el 16 de abril de 2010, adoptó mediante Sentencia C-252/10, con ponencia del Magistrado Jorge Iván Palacio Palacio, sobre el Expediente RE-152, en revisión del Decreto Legislativo 4975 de 2009. Sentencia mediante la cual, se declara inexecutable este Decreto que estableció el estado de emergencia social (25).

Manifiesta el fallo, que el Procurador General de la Nación “solicitó la inexecuibilidad del Decreto, al encontrar que los hechos alegados no son sobrevinientes, tampoco inminentes y pueden conjurarse con los mecanismos ordinarios de que dispone el Gobierno”.

A demás, la Corte señaló que la figura de Estado de Excepción, en este caso la emergencia social, debe ser restrictiva. En correspondencia con lo previsto por el Constituyente de 1991, que quiso evitar el ejercicio desmedido de los estados de excepción e impedir que con ello sea suplantando el principio democrático. Considera entonces que en esa medida, las facultades excepcionales son restrictivas, por lo tanto, no se puede mediante ellas suspender los derechos humanos, ni las libertades fundamentales, son intangibles ciertos derechos, no pueden desmejorarse los derechos sociales de los trabajadores, ni las medidas legislativas pueden entrañar discriminación, entre otras.

El alto tribunal consideró que “el principio de subsidiariedad impone recurrir a la emergencia sólo cuando se está frente a la imposibilidad o insuperable insuficiencia de las instituciones normales para solucionar las crisis e impedir la extensión de sus efectos. El Estado de derecho, los mecanismos y las formas que le son propios, sufrirían grave menoscabo si pudiere eludirse su curso ante cualquier dificultad o problema de cierta magnitud, pretextando razones de eficacia”.

La Corte insistió en que el Estado y sus órganos deben gobernar dentro de la “normalidad institucional”, utilizando los mecanismos que le son propios. Requiriéndose su empleo oportuno y eficiente para enfrentar situaciones críticas y profundas. Se Debe actuar cuando todavía se dispone de capacidad de respuesta, antes de llegar al punto crítico y la sociedad y sus instituciones se expongan al colapso.

Recordó la Corte que “el Constituyente de 1991 consignó su preocupación por la usurpación de las atribuciones del Congreso, al pretender suplantar por la vía de emergencia el establecimiento o modificación de tributos, sin la discusión propia del proceso democrático”. Razón por la cual sólo se permite en forma transitoria.

Declara entonces la inconstitucionalidad del Decreto, por la inexistencia de hechos sobrevinientes y la existencia de mecanismos ordinarios para mitigar y resolver la actual situación.

La Corte Constitucional encontró que la documentación aportada por el Gobierno era insuficiente en relación con varios considerandos del Decreto. Sin embargo, se escuchó y valoró la información suministrada por otros actores del sector salud y ciudadanos intervinientes en las sesiones públicas. Se pudo constatar a demás, la falta de estudios que aborden y propongan soluciones sustanciales e integrales a las distintas problemáticas que se exponen en este Decreto.

Dice la Corte (25):

“De las pruebas que obran en el expediente, pudo colegirse la existencia de una problemática de índole estructural (diseño de la Ley 100 de 1993), generada de tiempo atrás (hace más de una década) y de presentación recurrente, que concierne al diseño, organización y sostenibilidad del sistema de salud, lo cual ha sido reconocido por los actores de la salud, la academia, los órganos de control y el propio Gobierno. Se descarta así la presencia de hechos sobrevinientes y extraordinarios”.

“Así mismo, la Sala encontró que otras situaciones que expone el Gobierno han sido generadas por la ausencia de claridad y actualización periódica de los planes de beneficios, a pesar de la regulación aislada que se ha expedido y la reciente actualización efectuada, que se encuentra en proceso de valoración en el seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008”.

“A juicio de la Corte, las pruebas aportadas muestran también el incumplimiento de la normatividad en salud, como la existencia de regulaciones no adecuadas al goce efectivo del derecho y sostenibilidad financiera del sistema. En este punto, los órganos de control deben propender por cumplir efectivamente su función primordial en esta materia. También se constató que las situaciones de abuso, elusión, evasión, ineficiencia administrativa y corrupción no se muestran como hechos sobrevinientes y extraordinarios. Vienen de tiempo atrás, resultan conocidos, son repetitivos y pueden conjurarse con el uso de las herramientas ordinarias que ofrece el ordenamiento jurídico”.

“Al mismo tiempo, subrayó que la Sentencia T-760 de 2008, obedece a lo ordenado por el propio legislador en las Leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, además de la recurrente violación del derecho a la salud (que obliga al empleo de la acción de tutela), lo cual llevó a la Corte a adoptar órdenes generales para buscar la superación de las fallas de regulación administrativa”.

“La Corte recordó que la regulación en salud implica deberes Constitucionales para el Estado, en materia de prestación del servicio público, goce efectivo del derecho y sostenibilidad financiera prioritaria. Por lo tanto, la obligación del Gobierno está en garantizar la prestación del servicio de salud y hacer efectivo el goce del derecho, insistiendo en la materialización de las estrategias que se hagan necesarias para cumplir cabalmente los cometidos estatales”.

Según la Corte, el Gobierno dispone de los mecanismos ordinarios que le confiere la Constitución y la Ley, para enfrentar a corto plazo la mayor agravación de la situación deficitaria que se expone. El Congreso de la República debe hacer lo necesario por acelerar la discusión de las medidas que con mensaje de urgencia el Gobierno radique, siempre que lo encuentre necesario para garantizar, con

sujeción a la Constitución, el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población colombiana.

En conclusión la Corte considera que: “conforme a lo anterior, la declaratoria de la emergencia social no cumple los presupuestos materiales para la declaración del estado de emergencia social. Específicamente, no se está en presencia de hechos sobrevinientes y extraordinarios, lo cual por sí sólo haría inexecutable el Decreto. Y siguiendo el análisis Constitucional tampoco se supera el juicio de suficiencia, toda vez que el Gobierno cuenta con mecanismos ordinarios para remediar la actual situación. Por lo anterior, resulta inexecutable el Decreto declaratorio” (25).

Sin embargo el Fallo establece un efecto diferido para los Decretos de desarrollo que establezcan fuentes tributarias. Condición de la que se apartaron cuatro magistrados de los nueve que conforman la sala plena, al considerar que no se puede declarar una norma inexecutable y a renglón seguido declararla executable por cierto período de tiempo (25).

La mayoría de magistrados y por ende la Corte, considera que “La excepcional gravedad de la situación financiera del sistema de seguridad social en salud, que según lo explicado en el referido Decreto 4975 de 2009, pone en serio e inminente riesgo el efectivo disfrute del derecho fundamental a la salud, por parte de la mayoría de la población, condujo a la Corte Constitucional, a establecer un efecto diferido respecto de algunos de los Decretos legislativos, en dicha consideración, la Corte resolvió, que ella misma señalaría, al pronunciarse sobre la inexecutable por consecuencia de cada uno de los distintos Decretos expedidos dentro del marco de este estado de excepción, la fecha desde la cual surtirían efecto tales decisiones”.

En la misma fecha la Corte emite la Sentencia C-253/10, con ponencia del Magistrado Nilson Pinilla Pinilla, sobre el expediente RE-158, en el cual se evalúa

el Decreto Legislativo 127 de 2009, que trata sobre medidas tributarias para atender la emergencia social (26).

Sobre este Decreto la Corte considera, que a pesar de presentarse el fenómeno que la jurisprudencia de esta Corporación ha denominado “inconstitucionalidad por consecuencia”, lo que consiste en que al haber sido considerado inexecutable el Decreto declaratorio del estado de excepción ello produce, como efecto obligado, la inexecutable de los Decretos legislativos que lo desarrollan.

La Corte reconoció la excepcional gravedad de la situación del sector salud, que según lo explicado en el referido Decreto 4975 de 2009, pone en grave e inminente riesgo el efectivo disfrute del derecho fundamental a la salud, por parte de la mayoría de la población.

“Al examinar el contenido del Decreto 127 de 2010, la Corte Constitucional destacó que esta norma introdujo modificaciones, necesariamente transitorias, a algunas disposiciones de carácter tributario, incrementando las tarifas del impuesto al consumo de varios productos y servicios (como la cerveza, los productos derivados del tabaco, los juegos de suerte y azar y algunos vinos y licores) cuyo recaudo está total o parcialmente destinado a la financiación de los servicios de salud. Recordando entonces la situación ampliamente analizada en la Sentencia C-252/10 tantas veces citada, observó la Corte que la inexecutable de este Decreto, en caso de tener efecto inmediato, tendría un importante y significativo impacto sobre el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud, que pondría en serio e inminente riesgo el efectivo disfrute de este derecho fundamental para un importante número de personas, presumiblemente las más pobres y vulnerables y varios de los sujetos merecedores de especial protección Constitucional, situación contraria a varios importantes mandatos superiores, que esta corporación está en la obligación de evitar y prevenir” (26).

“La Corte dispuso que los efectos de la inexecutable declarada por la presente Sentencia se produzcan a partir del 16 de diciembre de 2010, fecha en que terminará el primer período de sesiones ordinarias del Congreso de la República recientemente elegido” (26). Adicionalmente la Corte que “... los recursos que se recauden en virtud de este Decreto deberán estar destinados a cubrir los costos del suministro de medicamentos y servicios no comprendidos en el Plan Obligatorio de Salud, para la población inscrita en el Régimen Subsidiado de Salud y para la red hospitalaria pública” (26), anotación esta que cambia el artículo cuarto del Decreto original

Con el ya mencionado argumento de la “inconstitucionalidad por consecuencia” se declararon Inexecutable los demás Decretos:

- Decreto Legislativo 4976 de 2009, medidas para liberar recursos presupuestales. Sentencia C-254/10, expediente RE-153. Magistrado Ponente Mauricio González Cuervo (27).
- Decreto Legislativo 133 de 2010, medidas para el mejoramiento del flujo de recursos entre entidades responsables de pago de servicios de salud y los prestadores de los mismos. Sentencia C-255/10, expediente RE-164. Magistrado Ponente Mauricio González Cuervo (28).
- Decreto Legislativo 128 de 2010, prestaciones excepcionales en salud. Sentencia C-288/10, expediente RE-159. Magistrado Ponente Luis Ernesto Vargas Silva (29).
- Decreto Legislativo 131 de 2010, sistema técnico científico de salud. Regulación de la autonomía profesional de los médicos y odontólogos y de aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud. Sentencia C-289/10, expediente RE-162. Magistrado Ponente Nilson Pinilla Pinilla (30).
- Decreto Legislativo 075 de 2010, solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del sistema general en salud.

Sentencia C-290/10, expediente RE-156. Magistrado Ponente Gabriel Eduardo Mendoza Martelo (31).

- Decreto Legislativo 129 de 2010, control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de protección social. Sentencia C-291/10, Expediente RE-160. Magistrado Ponente Humberto Antonio Sierra Porto (32).
- Decreto Legislativo 135 de 2010, distribución de recursos del fisco para el fortalecimiento de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Sentencia C-292/10, expediente RE-166. Magistrado Ponente. Humberto Antonio Sierra Porto (33).

### **Decretos de Emergencia Social y leyes posteriores – Análisis comparativo**

Con el fin de conjurar las causas de la crisis económica del sector salud, que supuestamente dieron lugar a la declaratoria de emergencia social, el Decreto 4975 (8) planteó la necesidad de generar nuevos recursos originados en juegos de suerte y azar, licores y cigarrillos. Asimismo, estableció la necesidad de optimizar el flujo de recursos para financiar el sistema de seguridad social en salud, así como fortalecer los mecanismos anti evasión y anti elusión de las rentas que financian el sector.

Es así como con el Decreto 073 de enero 18 de 2010 (9), se expidieron medidas excepcionales, con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales, que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado.

El Decreto 074 de enero 18 de 2010 (10), intentó introducir modificaciones al esquema actual de reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, con el fin de centralizar en las aseguradoras, la responsabilidad de la administración del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito – Fonsat.

El Decreto 075 del 18 de enero del 2010 (11), quiso adoptar medidas para la solución de las controversias presentadas entre los diferentes actores del sistema y garantizar que los recursos que por múltiples razones no se han utilizado, se ejecuten y así cumplan su finalidad constitucional, para establecer mecanismos que permita dirimir los conflictos, generados entre las partes por el flujo de recursos.

El Decreto 126 de 21 de enero de 2010 (12), buscó fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas, así como robustecer las actividades de inspección, vigilancia y control (SIVC); a demás, que la Superintendencia Nacional de Salud pudiera constituirse como el eje integrador del mismo, con el fin de garantizar la prestación efectiva del servicio de salud y la preservación de los recursos del SGSSS, para evitar que los recursos, sean destinados a fines diferentes a la prestación de servicios. Además consideró necesario que el Estado intervenga en el control de precios a procedimientos, insumos y medicamentos.

Consideraba el Gobierno Nacional, que la Superintendencia Nacional de Salud, debería tener facultades de intervenir en forma inmediata, cuándo el Ente correspondiente no pague, no disponga de red adecuada de servicios o no preste el servicio oportunamente. También definió más normas que aseguraran la atención inicial de urgencias.

Con el Decreto 127 de 21 de enero de 2010 (13), se quiso modificar el impuesto sobre las ventas aplicable a la cerveza, los juegos de suerte y azar, consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, de cigarrillos y tabaco elaborado, destinando por lo menos, los mayores ingresos generados a la salud.

Con el Decreto 128 del 21 de enero del 2010 (14), se advirtió la necesidad de expedir una adecuada reglamentación sobre los servicios no contemplados en el plan obligatorio de salud y garantizar que contaran con una debida fuente de financiación, para proteger el acceso a los servicios de salud, y a las prestaciones excepcionales en salud, evitando la necesidad de acudir al juez de tutela. Trató de crear la clasificación de servicios excepcionales de salud, para definir cuales actividades excluidas del POS, tendrán cobertura. Idealizó un nuevo Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES) para dar mayor agilidad en el flujo de recursos, y garantizar la oportuna prestación de los servicios considerados como prestaciones excepcionales en salud. Estableció la posibilidad que los afiliados al sistema, asuman parte de los costos de las prestaciones excepcionales en salud, considerando su real capacidad de pago.

Según el Decreto 129 del 21 de enero del 2010 (15), el Gobierno Nacional consideraba necesario adoptar de manera urgente y preventiva, medidas integrales que le permitieran ejercer un control eficaz a la evasión y la elusión en el pago de las cotizaciones y aportes al Sistema, sugirió que se crearan mecanismos y acuerdos de pago, para que las personas naturales o jurídicas que se encontraran en mora con el sistema, se pusieran al día con sus obligaciones y trató de reglamentar los empleos vía cooperativa y las remuneraciones no constitutivos de salario de los trabajadores.

En el Decreto 130 del 21 de enero del 2010 (16), el Gobierno Nacional consideró necesaria la adopción de medidas excepcionales para optimizar los recursos

existentes y generar nuevos recursos originados en la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar.

Con el Decreto 131 del 21 de enero del 2010 (17), el Gobierno Nacional creó el Sistema Técnico Científico en Salud, reguló la autonomía profesional y se definieron aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud, buscando el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud, basados en la aplicación del método científico; además consideró, con el fin de cumplir el mandato de la Corte Constitucional, unificar los planes de beneficios para igualar el subsidiado con el contributivo.

Con este Decreto, también se definió como criterios de exclusión del POS: procedimientos experimentales sin suficiente evidencia científica, que no represente ganancia en salud de acuerdo con la inversión, y que su valor no sea financiable por la UPC. También obligaba al cumplimiento para todos los médicos y odontólogos, de los estándares definidos por los profesionales representados por la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en el caso de los médicos. Y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos. Habló este Decreto, de establecer sanciones pecuniarias, cuando el profesional se apartase sin justificación aceptable, de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión, y con ello, ocasione un daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Con el Decreto 132 de 21 de enero de 2010 (18), se determinó reasignar recursos del sector salud, para garantizar la universalidad del aseguramiento, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la sostenibilidad financiera de la afiliación al Régimen Subsidiado. Consideró la posibilidad que los recursos del sistema de seguridad social en salud, correspondientes al régimen subsidiado, se giraran directamente a las aseguradoras, sin pasar por los Entes territoriales, y

hablaba de crear un patrimonio autónomo para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, donde se recaudarían todos los aportes que lo cofinancian.

Con el Decreto 133 de 21 de enero de 2010 (19), se adoptaron medidas con fuerza de Ley, que permitían tener mecanismos para regularizar y agilizar el flujo de recursos entre pagadores y prestadores de servicios de salud, corrigiendo fallas y demoras Injustificadas, así como mejorar la gestión de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, contrarrestando la grave situación que enfrentan las Empresas Sociales del Estado. Estableció también, mayor normatividad para los convenios de pago por capitación.

Este mismo Decreto, consideró que cuando estuvieran restringidas o limitadas por efecto de la oferta insuficiente de especialistas en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología (anestesia local o regional); las instituciones prestadoras de servicios de salud, pudieran prestar el servicio a través de médicos generales con entrenamiento, para que realicen actividades de baja y mediana complejidad.

También habló, que con el fin garantizar el acceso a los servicios de salud en las regiones donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las Empresas Sociales del Estado no sean sostenibles financieramente, en condiciones de eficiencia; las entidades territoriales podrían cofinanciar la gestión de dichas entidades.

En el Decreto 135 de enero 21 de 2010 (21), se distribuyeron recursos del fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado (FRISCO), para el fortalecimiento de la Política Nacional, para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto.

La Honorable Corte Constitucional de Colombia, mediante sentencia C-252 de 2010 (25), declaró la inexecutable del decreto 4975 de 2009, mediante el cual se declaró el Estado de Emergencia Social en todo el territorio nacional, por considerar que la crisis invocada como causante de la misma no se originaba en hechos sobrevinientes ni inminentes, tal y como lo exige la Constitución Política para tal efecto. Con dicha declaratoria, se deriva también la inexecutable de las medidas adoptadas mediante decretos legislativos, en el marco de esta emergencia.

Sin embargo, en tanto que el Alto Tribunal reconoce la excepcional gravedad de la situación financiera del sistema de seguridad social en salud, la cual pone en serio e inminente riesgo el efectivo disfrute del derecho a la salud de los colombianos, reconoce un efecto diferido respecto de las normas contenidas en decretos legislativos que establezcan fuentes tributarias de financiación orientadas exclusivamente al goce efectivo del derecho a la salud. Por tal razón, en Sentencia C-253 de 2010 (26), la Corte estableció que la declaratoria de inexecutable del decreto 127 de 2010, únicamente se haría efectiva a partir del 16 de diciembre de 2010. Los demás decretos expedidos bajo el amparo de la emergencia social, y los cuales también fueron declarados inexecutables, deben ser incluidos en una nueva Ley que retome los puntos, que para el Gobierno Nacional, son necesarios para conjurar la crisis del sector salud.

Como consecuencia de lo anterior, el 12 de Julio de 2010 es sancionada la Ley 1393. "Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se re direccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones" (6).

En los 2 primeros capítulos de esta Ley, se modula toda la legislación que tiene que ver con los recursos destinados a la salud, que se originan en cerveza, y a los

juegos de suerte y azar, que se destinarán por la Nación a la unificación de los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado, ya mencionados en los decretos numero 127 (13) y 130 (16) de 2010.

En el capítulo 3 de dicha Ley, se toman Medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes, normas similares a las asumidas en el decreto 129 del 21 de enero del 2010 (15). El Gobierno Nacional considera necesario adoptar de manera urgente y preventiva, medidas integrales que le permitan ejercer un control eficaz a la evasión y la elusión en el pago de las cotizaciones y aportes al Sistema.

El 19 de enero de 2011, el Presidente de la Republica Juan Manuel Santos, sanciona la Ley 1438, “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones” (7). Esta nueva Ley tiene como objeto, el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

De los decretos de emergencia social dictados en diciembre de 2009 y enero de 2010, retoma los siguientes conceptos:

- Del Decreto 131 del 21 de enero del 2010 (17), sobre la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes del territorio nacional, como se menciona en el artículo primero de la Ley 1438.

- Con el Decreto 130 del 21 de enero del 2010 (16), crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud y establece que los estándares basados en evidencia científica y la doctrina médica, adoptados por el Organismo Técnico-Científico en Salud, sean vinculantes para todos los actores del sistema y de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios excepcionales de salud; Son mencionados en los principios de la Ley 1438 (7), en el artículo 3 Principios Del Sistema General De Seguridad Social En Salud. En el numeral 3.8 CALIDAD. Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.
- En el artículo 22 de la Ley 1438 (7), se habla de la portabilidad nacional y mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud, esto en gran medida se asemejan a los establecido en el Decreto 126 de 21 de enero de 2010 (12), que buscó adoptar medidas tendientes a fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas y garantizar el acceso a los servicios de salud. Igualmente este Decreto, también buscó que Los recursos del sistema de seguridad social en salud, no fueran destinados a fines diferentes a la prestación de servicios, lo que esta en concordancia con el artículo 23 de la Ley 1438 (7) que ordena que los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud.
- El Decreto 131 del 21 de enero del 2010 (17), buscaba crear el Sistema Técnico Científico en Salud, se regulaba la autonomía profesional y se definían aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud, en este último aspecto, determinaba el Decreto que la Comisión de Regulación en

Salud, CRES, debería revisar y actualizar el plan de beneficios por lo menos una vez al año, (artículo 12). La Ley 1438 establece en su artículo 25 (7), que el Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años, atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios.

- El Decreto 132 de 21 de enero de 2010 (18), buscaba reasignar recursos del sector salud y permitía que los recursos del sistema de seguridad social en salud correspondientes al régimen subsidiado, se giraran directamente a las aseguradoras o prestadores sin pasar por los Entes territoriales. En igual sentido también lo definió la Ley 1438 en el artículo 29 (7), que menciona que el Ministerio de la Protección Social girará directamente, a nombre de las Entidades Territoriales, la Unidad de Pago por capitación a las Entidades Promotoras de Salud, o podrá hacer pagos directos a las Instituciones Prestadoras de salud con fundamento en el instrumento jurídico definido por el Gobierno Nacional.
- Según el Decreto 129 del 21 de enero del 2010 (15), el Gobierno Nacional consideraba necesario adoptar de manera urgente y preventiva, medidas integrales que le permitan ejercer un control eficaz a la evasión y la elusión en el pago de las cotizaciones y aportes al Sistema, con lo cual garantiza su sostenibilidad financiera. De igual forma la Ley 1438 en el artículo 51 (7), establece un sistema de retención en la fuente de aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud y establece los instrumentos para realizar la retención en la fuente para el pago de la cotización en seguridad social en salud, de las personas naturales y empresas unipersonales o sociedades por acciones simplificada, como mecanismo que evite la evasión y la elusión.

- Se menciona en el Decreto 133 de 21 de enero de 2010 (19), que con el fin garantizar el acceso a los servicios de salud en las regiones donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las Empresas Sociales del Estado no sean sostenibles financieramente, en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrá cofinanciar la gestión de dichas entidades. Este tema es retomado en la Ley 1438, que en el artículo 79 (7) manifiesta: “Se garantizarán los recursos necesarios para financiar la prestación de servicios de salud a través de instituciones públicas en aquellos lugares alejados, con poblaciones dispersas o de difícil acceso, en donde éstas sean la única opción de prestación de servicios, y los ingresos por venta de servicios sean insuficientes para garantizar su sostenibilidad en condiciones de eficiencia”.
- En la emergencia social, se emitió el Decreto 126, por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control. De lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones, en su artículo 9 (12), se refiere a que La Comisión Nacional de Precios de Medicamentos -CNPM- creada por la Ley 100 de 1993, se denominará en adelante Comisión Nacional de Precios de Medicamentos Y Dispositivos Médicos -CNPMD- y será el órgano de formulación de la política de precios de medicamentos y de dispositivos médicos. Este tema es tratado de igual forma en el artículo 87 de la nueva Ley 1438 de 2011 (7), determinando exactamente la misma función.
- En el Artículo 104 de la Ley 1438 de 2011 (7), que modifica artículo 26 de la Ley 1164 de 2007 se establece una norma que es contraria a lo establecido en los decretos de emergencia social, donde se obligaba al profesional a adoptar y ajustarse a los estándares y protocolos. En esta Ley se define que: “En el contexto de la autonomía se buscara prestar los

servicios médicos que requieran los usuarios, aplicando la autorregulación, en el marco de las disposiciones legales”.

- En el Artículo 105 de la Ley 1438 de 2011(7), se habla de autonomía de los profesionales de la salud, la garantía que el profesional de la salud pueda emitir con toda libertad su opinión profesional con respecto a la atención y tratamiento de sus pacientes con calidad, aplicando las normas, principios y valores que regulan el ejercicio de su profesión; pero no habla de actos punitivos como si lo hacía el Decreto 130 del 21 de enero del 2010 (16), en el que se determina el tema punitivo, al establecer sanciones pecuniarias, “cuando el profesional se aparte, sin justificación aceptable, de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión; y con ello, ocasione un daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud”
- Con el Artículo 121 numeral 2 y el artículo 118 de la Ley 1438 de 2011 (7), se faculta a la Superintendencia Nacional de Salud a ejecutar sus funciones de manera directa o por convenio inter-administrativo con las direcciones departamentales o distritales de Salud, acreditadas en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad. Tal como lo establecía el Decreto 126 de 2010 (12), que estipuló la posibilidad que la Superintendencia Nacional de Salud, delegue acciones de inspección y vigilancia a los Entes territoriales.
- La Ley 1438 en el artículo 135 (7). Faculta con competencia de Conciliación a la Superintendencia Nacional de Salud, la cual podrá actuar como conciliadora de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre el administrador del FOSYGA, las Entidades Promotoras de Salud, los prestadores de servicios, las compañías aseguradoras del SOAT y entidades territoriales. En la Emergencia Social, en el decreto 075,

también se dio importancia a mecanismos de conciliación, en este Decreto se establecieron en el artículo 3° (11), los comités de conciliación de las entidades y organismos, para efectos de las transacciones o conciliaciones por mutuo acuerdo.

Además de los puntos en común mencionados, el Gobierno Nacional a través de esta Ley (1438) (7), plantea temas como:

- Metas e indicadores de resultados en salud, que incluyan a todos los niveles de Gobierno, instituciones públicas y privadas, y demás actores que participan dentro del sistema. Los que como mínimo incluirán: Prevalencia e incidencia en morbilidad y mortalidad materna perinatal e infantil. Incidencia de enfermedades de interés en salud pública. Incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y en general, las precursoras de eventos de alto costo. Incidencia de enfermedades prevalentes transmisibles incluyendo las inmuno-prevenibles. Acceso efectivo a los servicios de salud. Estos indicadores y metas serán evaluados cada cuatro (4) años.
- Los principios del Sistema General de Seguridad Social en salud: universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad.
- La rectoría del sector salud en cabeza del Ministerio de la Protección Social y establece las competencias de los distintos niveles de la administración pública.
- Plantea la elaboración de un plan decenal de salud pública, a través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el que se ejecutarán tareas para la intervención sobre los determinantes en salud.

- Dicta las directrices para las acciones de salud pública, atención primaria en salud, promoción y prevención, fortalecimiento de servicios de baja complejidad y definición de los equipos básicos en salud, atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia.
- Define la conformación del comité técnico-científico de las EPS y determina la creación de la junta técnico-científica de pares.
- Ordena la universalización del aseguramiento, en el que todos los residentes en el país, deberán estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social y define las diversas formas de afiliación y los planes adicionales de salud.
- Reorganiza el financiamiento del SGSSS. Crea el Fondo de Garantías para el sector Salud (FONSAET) como un fondo cuenta sin personería jurídica administrado por el Ministerio de la Protección Social, cuyo objeto será asegurar el pago de las obligaciones que no fuere posible pagar por parte de las Empresas Sociales del Estado, intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud.
- Interviene en la relación administrador – prestador, en lo concerniente a la prestación de los servicios, contratos por capitación, pago de prestadores, trámite de glosas y habilitación de prestadores.
- Se introduce el concepto de redes integradas de servicios de salud, atención integral de salud mental, discapacitados y sistema de emergencias medicas.
- Propende por la definición y el fortalecimiento de las Empresas Sociales del Estado, normalizando la conformación de juntas, el sistema de elección y evaluación de los gerentes de las Empresas Sociales del Estado y los planes de gestión.
- Garantiza los recursos para la prestación de servicios en zonas alejadas, al mismo tiempo que categorizan a las Empresas Sociales del Estado, según el nivel de riesgo que posean.

- Define una política farmacéutica de medicamentos, insumos y dispositivos médicos. Estableciendo La Comisión Nacional De Precios De Medicamentos Y Dispositivos Médicos CNPMD. Que se encargara de la negociación de medicamentos, insumos y dispositivos.
- Autoriza al Ministerio de la Protección Social a la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en salud, como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios,
- Ordena la definición de la política de Talento Humano en Salud que oriente la formación, ejercicio y gestión de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, en coherencia con las necesidades de la población colombiana.
- Se implementa un Plan Nacional de mejoramiento de calidad, con clara orientación hacia la obtención de resultados que puedan ser evaluados.
- Establece medidas para mejorar las funciones de Inspección Vigilancia y control de los diferentes actores del sistema.
- Busca una Política Nacional de participación social que tenga como objetivos: Fortalecer la capacidad ciudadana para intervenir en el ciclo de las políticas públicas de salud: promover la cultura de la salud y el autocuidado, incentivar la veeduría de recursos del sector salud, participar activamente en los ejercicios de definición de política, participar activamente en los ejercicios de presupuestación participativa en salud, defender el derecho de la salud y detectar temas cruciales para mejorar los niveles de satisfacción del usuario.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

**Enfoque metodológico de la investigación:** Empírico – Analítico

**Tipo de estudio:** Descriptivo

Profesionales que durante los meses de octubre y noviembre de 2010, adelanten del segundo semestre en adelante de especialización, maestría o doctorado en áreas administrativas de la salud: salud pública, gerencia de la seguridad social, auditoria en salud, gerencia de IPS, gerencia de la protección social, administración de servicios de salud, gerencias de economía y finanzas de la salud, en la universidad CES. Se intento abarcar las demás universidades de el área metropolitana de Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad Cooperativa de Colombia y Universidad de Antioquia pero se encontró resistencia y poca colaboración con los entes administrativos de dichas universidades. Se estimo que la población de estudiantes de posgrado en áreas de la salud de la universidad CES, era una población suficiente para los objetivos del estudio.

Se tomo como criterios de inclusión, estudiantes de posgrado en áreas afines de la salud, en la universidad CES que se encontraba en clase en el mes de octubre y noviembre de 2010, periodo durante el cual se acudió, previo permiso de las directivas de la universidad, los profesores de área y los mismos entrevistados, a la realización de la encuesta.

Como criterios de exclusión, se tuvieron: estudiantes que no asistieron a clase durante estos meses, que no desearan hacer la encuesta, o que se encontraran en áreas distintas a las relacionadas con administración de salud ejemplo posgrados clínicos, Derecho o netamente Administrativos.

Luego de una revisión exhaustiva de cada uno de los Decretos de la emergencia social dictados entre diciembre de 2009 y enero de 2010, con sus respectivos antecedentes, se identificó la esencia temática de cada uno de ellos, y las problemáticas que buscaban intervenir. Sobre cada una de ellas se elaboraron preguntas enfocadas en medir la percepción sobre cada uno de los temas tratados. Utilizando para su medición la escala de Likert, se elabora un cuestionario que en su primer módulo, caracteriza a la población encuestada definiendo cuál es su profesión inicial, en qué sector del sistema de seguridad social en salud se desempeña, conocimiento o no de los Decretos de emergencia social y medio por el cual accedió a este conocimiento.

Este cuestionario fue aplicado a estudiantes de los últimos semestres de posgrados relacionados con áreas administrativas de salud de la Universidad CES sede Medellín, realizando 85 encuestas.

Se espera entregar a los responsables de establecer las normas para modificar el sistema, un análisis sobre la percepción de las temáticas que al ser tratadas, podrían impactar de forma positiva y definitivamente al sistema de salud, con el fin de garantizar a todos los ciudadanos el goce pleno y efectivo de este derecho, en consideración de aquellos, que por sus obligaciones académicas y laborales, tienen una mayor aproximación a la realidad del sistema.

**Variables preliminares:**

- Universidad
- Programa de posgrado
- Sexo
- Título de pregrado
- Sector del sistema
- Conocimiento sobre los Decretos de emergencia social
- Canales de información sobre los Decretos de emergencia social

- Grado de percepción sobre la necesidad del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 para superar la crisis del sistema de salud colombiano
- Grado de percepción sobre la suficiencia del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 para superar la crisis del sistema de salud colombiano
- Grado de percepción sobre si los recursos que se obtengan como excedentes de los aportes patronales, impactaran realmente la deuda causada por prestación de servicios no incluidos en el POS y la atención a población pobre no asegurada
- Grado de percepción sobre el hecho de que estos recursos se administren a través de un patrimonio autónomo, manejado a por del Gobierno Nacional
- Grado de percepción sobre el hecho de que con estos recursos solo se puedan pagar deudas acumuladas desde el año 2006 hasta el año 2009
- Grado de percepción sobre si es ágil que el Ministerio tenga que avalar las cuentas ya depuradas por los entes territoriales, para que se haga efectivo el desembolso de los recursos
- Grado de percepción sobre si se debe modificar este fondo y cargarle a él coberturas adicionales
- Grado de percepción sobre si el hecho de que si el FONSAT no se haga cargo de la atención integral de los eventos causados por accidentes de tránsito, genera un déficit real a las EPS
- Grado de percepción sobre si al modificar este fondo entregándole el 20% del valor del seguro que antes se entregaba al FOSYGA, ahorra y agiliza el flujo de recursos
- Grado de percepción sobre si deben ser las aseguradoras privadas quienes administren el FONSAT
- Grado de percepción sobre si se requiere de un Decreto para establecer mecanismos que permita dirimir los conflictos, generados entre las partes por el flujo de recursos

- Grado de percepción sobre si esta medida es efectiva para mejorar el flujo de recursos
- Grado de percepción sobre la afirmación de que Los recursos del sistema de seguridad social en salud, se han destinado a fines diferentes a la prestación de servicios
- Grado de percepción sobre la necesidad de que el Estado intervenga en el control de precios a procedimientos, insumos y medicamentos
- Grado de percepción sobre la necesidad de dotar a la Superintendencia Nacional de Salud de funciones jurisdiccionales y administrativas; y de facultades que le permitan acciones preventivas y correctivas inmediatas, para la protección efectiva de los usuarios
- Grado de percepción sobre si es válido que la Superintendencia Nacional de Salud, delegue acciones de inspección y vigilancia a los entes territoriales
- Grado de percepción sobre la necesidad de que la Superintendencia Nacional de Salud, deba tener facultades de intervenir en forma inmediata cuándo el ente correspondiente no pague, no disponga de red adecuada de servicios o no preste el servicio oportunamente
- Grado de percepción sobre la necesidad de más normas que aseguren la atención inicial de urgencias
- Grado de percepción sobre si tiene la superintendencia Nacional de salud, la capacidad operativa para vigilar e intervenir una institución que sea causante de la complicación o muerte de un usuario por una atención no oportuna
- Grado de percepción sobre si debe ser intervenida la relación entre administrador y prestador de servicios de salud, en lo concerniente al sobrecosto de medicamentos y dispositivos médicos

- Grado de percepción de que cuando un funcionario de cualquier entidad del sistema, incurra en la violación de las disposiciones mencionadas en este Decreto, debe merecer una sanción a título personal
- Grado de percepción sobre si es adecuada la penalización inmediata por la omisión en la atención inicial de urgencias
- Grado de percepción sobre la creación del Fondo Anticorrupción del Sector Salud, para financiar los gastos necesarios para el fortalecimiento de la facultad de inspección, vigilancia y control; administración del sistema de información y el reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude
- Grado de percepción sobre si es necesario modificar el impuesto a licores, cigarrillo y juegos de azar
- Grado de percepción sobre la efectividad de modificar el impuesto a licores, cigarrillo y juegos de azar, para afrontar la crisis financiera del sector salud
- Grado de percepción sobre si es válida la creación de la clasificación de servicios excepcionales de salud, para definir cuales actividades excluidas del POS, tendrán cobertura a través del nuevo fondo FONPRES
- Grado de percepción sobre si el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES) dará mayor agilidad en el flujo de recursos, para garantizar la oportuna prestación de los servicios considerados como prestaciones excepcionales en salud
- Grado de percepción que se pueda garantizar a los usuarios, la prestación de servicios excepcionales en salud sin que se ponga en riesgo el derecho a la salud y la vida Teniendo en cuenta que los recursos del FONPRES son limitados a un presupuesto anual.
- Grado de percepción que los afiliados al sistema, asuman parte de los costos de las prestaciones excepcionales en salud, aun considerando su real capacidad de pago

- Grado de percepción de la efectividad que los afiliados al sistema, asuman parte de los costos de las prestaciones excepcionales en salud, para cubrir el déficit por la prestación de estos servicios
- Grado de percepción sobre si se deben crear mecanismos y acuerdos de pago, para que las personas naturales o jurídicas que se encuentran en mora con el sistema, se pongan al día con sus obligaciones
- Grado de percepción sobre la necesidad de reglamentar los empleos vía cooperativa y las remuneraciones no constitutivos de salario de los trabajadores, Con el fin de evitar la evasión y la elusión
- Grado de percepción sobre la necesidad de establecer el Decreto 130 del 21 de enero del 2010, en el ámbito de la emergencia social
- Grado de percepción si este Decreto generaría nuevos y suficientes recursos para conjurar las causas que justificaron la declaratoria de emergencia social
- Grado de percepción de que el Sistema Técnico Científico en Salud, se encargue de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud, para garantizar el mayor bienestar social posible
- Grado de percepción sobre si los principios del sistema técnico-científico en salud, basados en la aplicación del método científico, garantizan la autonomía y la independencia intelectual en la prestación de los servicios de salud
- Grado de percepción que los estándares basados en evidencia científica y la doctrina médica, adoptados por el Organismo Técnico-Científico en Salud, sean vinculantes para todos los actores del sistema y de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios excepcionales de salud
- Grado de percepción sobre si es procedente que el Ministerio de la Protección Social, defina cual debe ser la oportunidad para la prestación de Los servicios del Plan Obligatorio de Salud, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país

- Grado de percepción si adecuado, que con el fin de cumplir el mandato de la Corte Constitucional, se unifiquen los planes de beneficios para igualar el subsidiado con el contributivo
- Grado de percepción que para cumplir el mandato de la Corte Constitucional, de unificar el POS, este se haga basado en disminuir el plan de beneficios del régimen contributivo
- Grado de percepción que para cumplir el mandato de la Corte Constitucional, de unificar el POS, este se haga basado en aumentar la base de cotización al régimen contributivo
- Grado de percepción sobre los criterios de exclusión del POS: procedimientos experimentales sin suficiente evidencia científica; que no represente ganancia en salud de acuerdo con la inversión; y que su valor no sea financiable por la UPC
- Grado de percepción sobre si deben ser de obligatorio cumplimiento para todos los médicos y odontólogos, los estándares definidos por los profesionales representados por la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en el caso de los médicos. Y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos
- Grado de percepción si se deben establecer sanciones pecuniarias, cuando el profesional se aparte, sin justificación aceptable, de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión; y con ello, ocasione un daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Grado de percepción si las sanciones pecuniarias al profesional, es efectivo para impactar el déficit del sistema en salud
- Grado de percepción de la necesidad de una metodología para el desarrollo de modelos que permitan ajustar la UPC por resultados en salud, que incluyan la evaluación de la gestión del riesgo

- Grado de percepción sobre, la restitución al FOSYGA de los saldos de los recursos del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC -S), que no se hayan ejecutado; para la financiación de programas o proyectos prioritarios
- Grado de percepción sobre el giro de los recursos del sistema de seguridad social en salud correspondientes al régimen subsidiado, directamente a las aseguradoras, sin pasar por los entes territoriales
- Grado de percepción sobre crear un patrimonio autónomo para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, donde se recaudaran todos los aportes que lo cofinancian. Patrimonio que será manejado por el Gobierno Nacional
- Grado de percepción que las instituciones prestadoras de servicios de salud, puedan prestar el servicio a través de médicos generales con entrenamiento para que realice actividades de baja y mediana complejidad, cuando se vea restringido o limitado el servicio, por efecto de la oferta Insuficiente de especialistas en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología (anestesia local o regional)
- Grado de percepción que con el fin garantizar el acceso a los servicios de salud en las regiones donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las empresas sociales del Estado no sean sostenibles financieramente, en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrá cofinanciar la gestión de dichas entidades
- Grado de percepción de la necesidad del Decreto 135 de enero 21 de 2010 para superar la crisis del sector salud en Colombia
- Grado de percepción sobre si este Decreto ofrece herramientas suficientes para intervenir positivamente el problema planteado
- percepción de otros temas, diferentes a los tratados anteriormente, que requieren ser intervenidos con el fin de mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia

## **Herramienta de recolección de información**

Con las anteriores variables, se construyó un cuestionario de escogencia múltiple, utilizando la escala de Likert para medir el grado de aprobación o desaprobación en cada uno de las variables seleccionadas, donde el encuestado debía responder si estaba: a) muy de acuerdo, b) de acuerdo c) Indiferente d) en desacuerdo e) muy en desacuerdo a cada una de las preguntas. (Anexo 1)

Luego de la recolección de las encuestas, se tabuló la información en una Software SPSS Para el análisis de datos, en el cual se realizaron los cruces necesarios:

- Título de pregrado (pregunta 1) con preguntas de percepción de los decretos (pregunta 5 hasta la 58)
- Sector del sistema en el cual labora (pregunta 2) con preguntas de percepción de los decretos (pregunta 5 hasta la 58)
- Conocimiento de los decretos de emergencia social (pregunta 3) con preguntas de percepción de los decretos (pregunta 5 hasta la 58)
- Medio de recepción de la información sobre los decretos de emergencia social (pregunta 4) con preguntas de percepción de los decretos (pregunta 5 hasta la 58)

De los anteriores cruces se obtuvieron grupos de análisis, para identificar la percepción sobre los decretos de emergencia social, de acuerdo con: el título de pregrado, grado de conocimiento de los decretos de emergencia social o sector del sistema de seguridad social en el cual laboran y se definieron variaciones importantes a valorar y se identificaron los siguientes grupos de análisis:

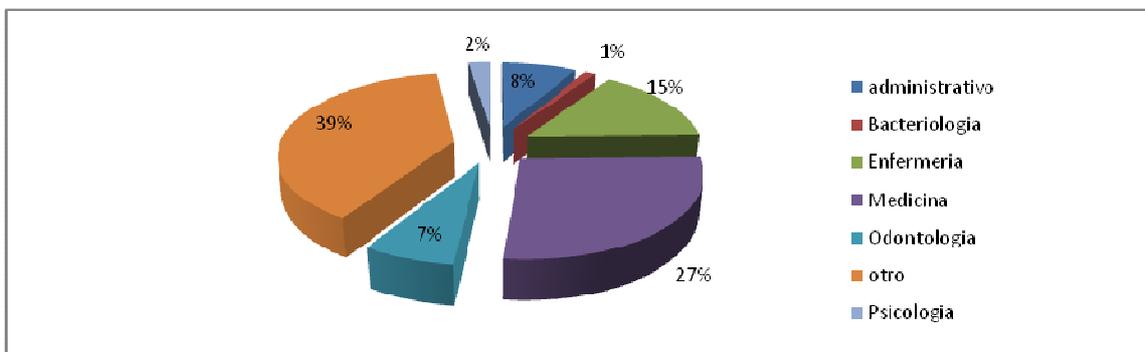
- Estudiantes con pregrado clínicos
- Estudiantes con pregrado administrativos
- Estudiantes que se declararon conocedores de los decretos de emergencia social

- Estudiantes que se declararon no conocedores de los decretos de emergencia social
- Estudiantes que conocieron los decretos de emergencia social por medios de comunicación
- Estudiantes que discutieron los decretos de emergencia social en grupos de estudio o en clases de la universidad
- Estudiantes que laboran en el sistema como prestador asistencial
- Estudiantes que laboran en el sistema como prestador administrativo
- Estudiantes que laboran en el sistema como Asegurador asistencial
- Estudiantes que laboran en el sistema como asegurador administrativo
- Estudiantes que laboran en el sistema como ente territorial asistencial
- Estudiantes que laboran en el sistema como ente territorial administrativo
- Estudiantes que laboran en el sistema como docente asistencial
- Estudiantes que laboran en el sistema como asistencial
- Estudiantes que laboran en el sistema como administrativo

## **RESULTADOS**

Entre la población encuestada, encontramos que el 26.4%, tienen como título de pregrado medicina, el 7% odontología, 15% enfermería, el 2% psicología, el 1% bacteriología. El 39% otras áreas de la salud diferentes a las anteriores que las podríamos llamar como no básicas. Tan solo el 8% de los encuestados, tenían formación de pregrado en campos diferentes a la salud, entre ellos derecho, contaduría y administración de empresas (Grafico 1). Además de estos, dos tenían un título adicional en áreas de la salud. Esta segmentación es muy importante en la medida en que podremos observar que las respuestas están altamente influenciadas por la formación académica en pregrado mayoritariamente en el sector salud.

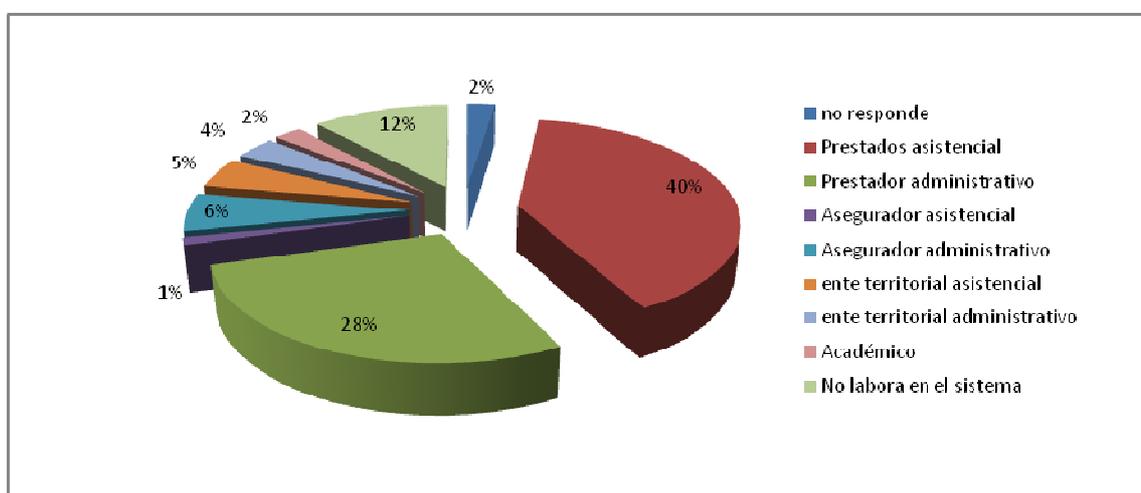
**Grafico 1. Distribución de la población según el título de pregrado**



La gran mayoría, un 40% de los encuestados laboran en la actualidad en el área asistencial de entidades prestadoras de servicios de salud, un 28% como administradores en el sector de prestadores, lo que indica que el 68% de los evaluados, tendrán una visión muy determinada desde el sector de los prestadores de servicios. Solo el 7.1% de los encuestados laboran en el sector asegurador y un 8.2% en Entes territoriales. Llama la atención, que el 12% de las personas en formación de posgrados en áreas administrativas de la salud, en la actualidad no estén vinculados laboralmente en ninguna de las ramas del sector salud. Igualmente es llamativo que el mayor porcentaje de los estudiantes de estos posgrados, estén vinculados en actividades asistenciales un 45.9% del total de los encuestados, por su parte un 37.6% están vinculados dentro del sector en actividades administrativas. Solo el 2.4% están dedicados exclusivamente a la academia. (Grafico 2)

Es muy llamativo, que en un grupo poblacional en el que habría de suponerse, que para su formación de posgrado sería necesario estar actualizado en las diferentes modificaciones que el sector salud enfrenta, tan solo un 75.3% de los encuestados conocieron los decretos de emergencia social, que pretendían modificar radicalmente el sistema. Un 19% de los encuestados, manifiesta no haber conocido estos decretos. (Tabla 1)

**Grafico 2. Sector del sistema en que laboran los encuestados**



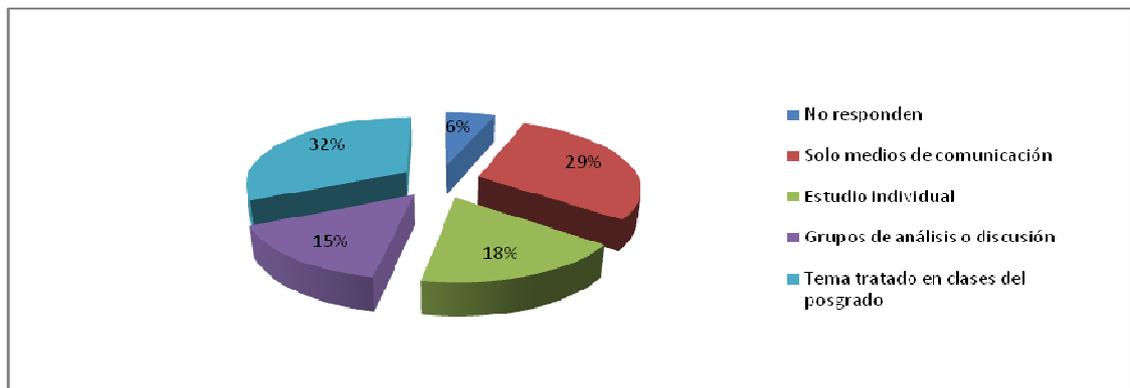
**Tabla 1. Conocimiento los decretos de emergencia social**

| ¿Conoce los decretos de emergencia social? | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| <b>no responde</b>                         | 5          | 5,88%      |
| <b>no</b>                                  | 16         | 18,82%     |
| <b>si</b>                                  | 64         | 75,29%     |
| <b>Total</b>                               | 85         | 100,00%    |

De los encuestados, el 29.4% recibieron la información sobre los decretos de emergencia social exclusivamente por medios de comunicación. Un 47.1% de los encuestados conocieron del tema, por que participaron en discusiones en grupos de trabajo o en la universidad. Sin embargo y considerando que este porcentaje es supremamente bajo, llama la atención que solo un 32% de los encuestados manifiesta haber conocido el tema en las aulas de clase, situación que nos inquieta altamente, toda vez que debería ser un tema de permanente actualización, por el impacto que habría de generar y por el nivel de formación en el que se desempeñan (Grafico 3). Al igual que se observa en el área laboral de los encuestados; también entre quienes participaron en grupos de trabajo o

discusiones académicas, el 69% de los participantes, pertenecen al sector prestador de servicios de salud, 36% asistenciales y 33% administrativos.

**Grafico 3. Fuente de información sobre los decretos**



Al ser cuestionados sobre el Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009, con el que se declaró el estado de emergencia social con el fin de tomar las medidas necesarias para afrontar la crisis financiera del sistema de salud. Los entrevistados en su mayoría 55%, manifestaron estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con la utilización de este mecanismo para superar la crisis del sector salud (pregunta 5) (Tabla 2). De aquellos que laboran en actividades asistenciales, el 56% están en desacuerdo y muy en desacuerdo con esta medida, similar porcentaje se obtuvo entre aquellos que laboran en actividades administrativas 60%. En aquellos que conocieron los decretos solo a través de los medios de comunicación, el porcentaje de quienes no comparten esta medida es de un 53%, pero en ellos, llama la atención que se observa el mayor porcentaje de quienes estuvieron de acuerdo con la medida, viéndose este criterio en un 43%.

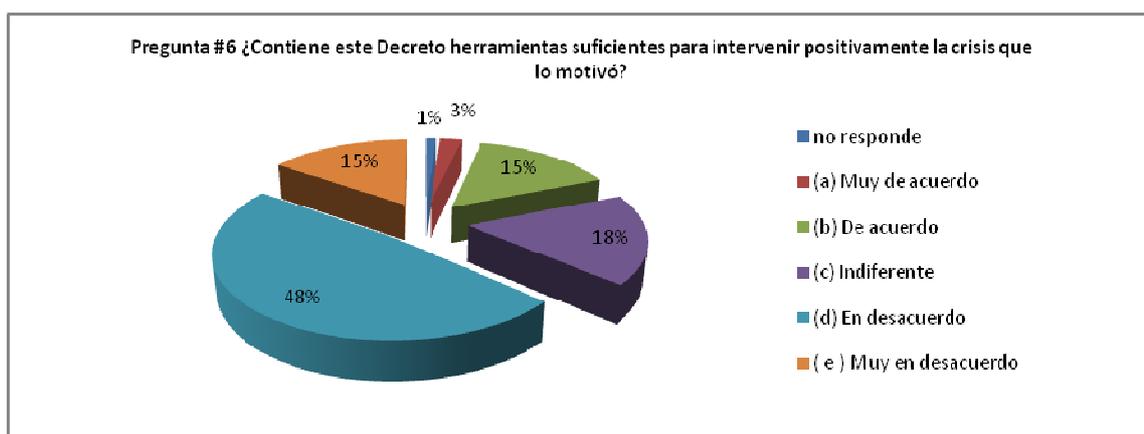
Entre aquellos que discutieron el tema en clases o grupos de trabajo, un 59% se pronunciaron en desacuerdo y muy en desacuerdo, mientras que el 28% se manifestaron muy de acuerdo y de acuerdo.

**Tabla 2. Necesidad de los Decreto para superar la crisis**

| Pregunta #5 ¿Este decreto, era necesario para superar la crisis del sistema de salud colombiano? | Frecuencia | Porcentaje |
|--|------------|------------|
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 10         | 11,76%     |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 21         | 24,71%     |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 7          | 8,24%      |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 34         | 40,00%     |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 13         | 15,29%     |
| <b>Total</b>   | 85         | 100,00%    |

Se manifestaron el 48% en desacuerdo y el 15% muy en desacuerdo con que este Decreto contiene herramientas suficientes para intervenir positivamente la crisis que lo motivó (pregunta 6) (Grafico 4). Tan solo un 15% manifestó estar de acuerdo. Los mayores porcentajes de quienes se manifestaron en desacuerdo y muy en desacuerdo están entre quienes se consideraron concedores de los decretos, con un 70.8%.

**Grafico 4. Utilidad de los Decretos para superar la crisis**



Con el Decreto 073 de enero 18 de 2010 se expiden medidas excepcionales, con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema

General de Participaciones - Aportes Patronales, que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado. Al preguntar si es necesario hacer uso de los aportes patronales para afrontar la crisis del sector (pregunta 7), el 55.3% se manifestó en desacuerdo y muy en desacuerdo, el 30.6% de acuerdo y muy de acuerdo y para el 13% era indiferente. (Tabla 3)

Con un porcentaje del 71.8% la gran mayoría de los encuestados consideran que los recursos que se obtengan como excedentes de los aportes patronales, no impactarán realmente la deuda causada por prestación de servicios no incluidos en el POS y la atención a población pobre no asegurada (pregunta 8) (Grafico 5). Tan solo para un 13% la adopción de esta medida es indiferente para impactar el déficit. El mayor desacuerdo se presenta entre aquellos que se consideran conocedores del tema con un 76% y por quienes laboran en áreas administrativas con un 73%.

**Tabla 3. Necesidad de usar los aportes patronales**

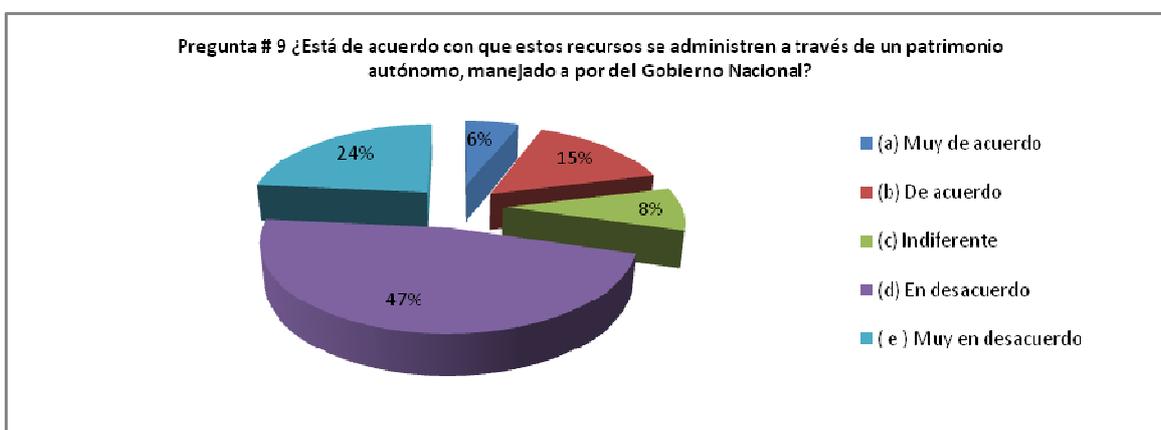
| <b>Pregunta #7 ¿Es necesario hacer uso de los recursos de aportes patronales para afrontar la crisis del sector salud?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>   | 1                 | 1,18%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 5                 | 5,88%             |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 21                | 24,71%            |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 11                | 12,94%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 32                | 37,65%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 15                | 17,65%            |
| <b>Total</b>   | 85                | 100,00%           |

### Grafico 5. Impacto del uso de los recursos de los aportes patronales



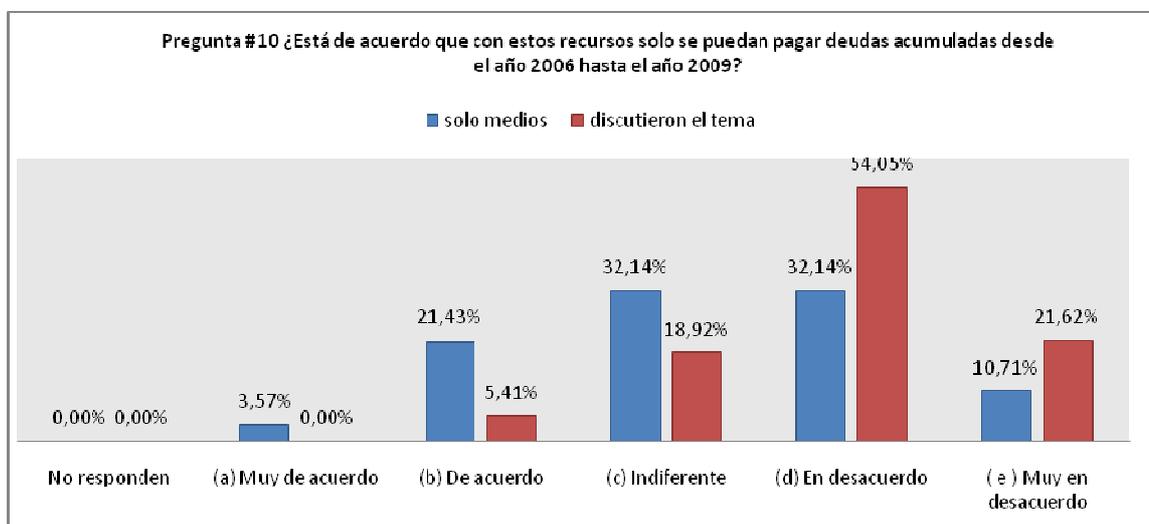
El 70.6% se manifestó en desacuerdo y muy en desacuerdo con que estos recursos se administren a través de un patrimonio autónomo, manejado por el Gobierno Nacional (pregunta 9) (Grafico 6), entre ellos los mas en desacuerdo fueron los que laboran en tareas asistenciales y quienes se consideran conocedores del tema con un 75% respectivamente al interior de cada uno de sus grupos, seguidos por el 67% de quienes tienen formación en áreas de la salud, al igual que de los que trabajan en tareas administrativas. Entre quienes discutieron el tema en grupos y en la universidad, un 82 % está en desacuerdo.

### Grafico 6. Patrimonio autónomo administrado por la Nación



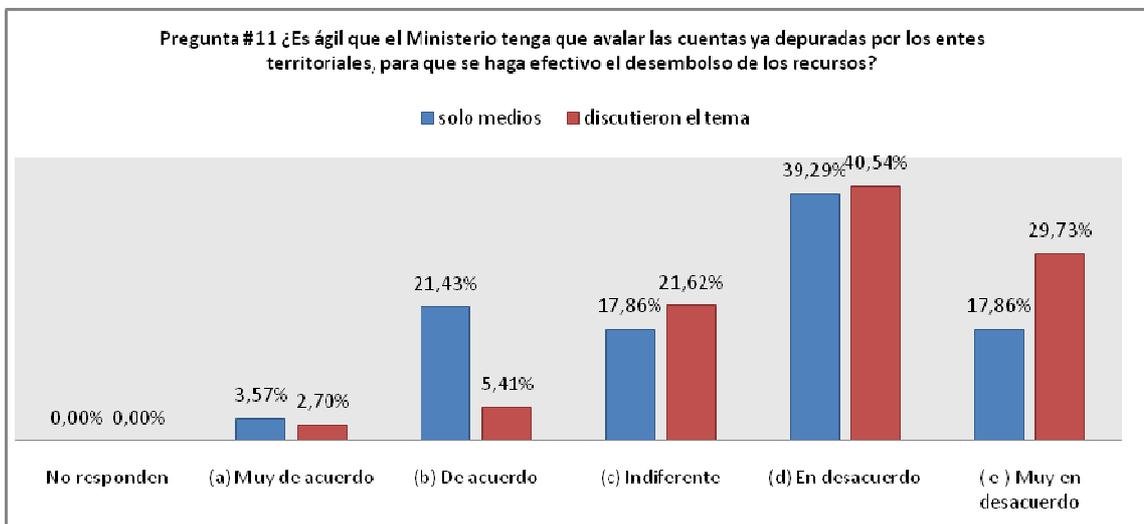
El 59% de los encuestados está en desacuerdo y muy en desacuerdo que con estos recursos solo se puedan pagar deudas acumuladas desde el año 2006 hasta el año 2009 (pregunta 10). Sin embargo llama la atención que quienes más en desacuerdo están son aquellos que discutieron el tema en grupos o en la universidad, con un total del 76% de ellos (Grafico 7). Del total de los encuestados un 22% considera indiferente la adopción de esta medida.

**Grafico 7. Pago de deudas con recursos de los aportes patronales**

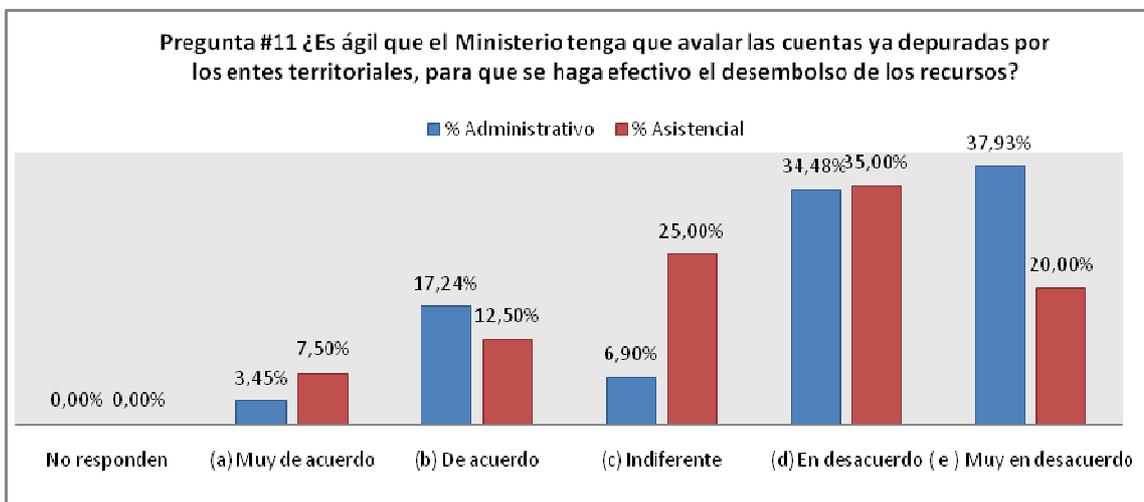


Cuando se preguntó si es ágil que el Ministerio tenga que avalar las cuentas ya depuradas por los Entes territoriales, para que se haga efectivo el desembolso de los recursos (pregunta 11), el 62.3% se manifestó en desacuerdo y muy en desacuerdo, en mayor proporción lo estuvieron quienes habían discutido los decretos con un total del 70% de todos ellos (Grafico 8). A quienes trabajan en actividades administrativas tampoco les parece conveniente esta medida y así lo manifestaron un 73% de ellos (Grafico 9). Para un 25% de quienes trabajan en actividades asistenciales, esta medida les parece intrascendente.

**Grafico 8. Agilidad del ministerio para avalar cuentas, según la forma como conocieron los Decretos**



**Grafico 9. Agilidad del ministerio para avalar cuentas, según el área en que laboran**



Sobre el Decreto 074 de enero 18 de 2010 con el cual se intentaba introducir modificaciones al esquema actual de reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, con el fin de centralizar en las aseguradoras, la

responsabilidad de la administración del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito - Fonsat, y generar una cobertura con cargo al Fonsat, adicional a la que venían asumiendo las aseguradoras, la cual se venía realizando con cargo a los recursos del SGSSS, los encuestados manifestaron en forma no tan amplia como en los cuestionamientos anteriores su desacuerdo un 28% y su gran desacuerdo un 9%, sin embargo hay que anotar que para el 21% es intrascendente modificar este fondo y cargarle a él, coberturas adicionales (pregunta 12). Con esta propuesta estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo el 36.5%, lo que nos permite observar que en este tema a diferencia de los anteriores no hay un marcado desacuerdo (Tabla 4). Entre quienes laboran en tareas administrativas el 41% estuvieron de acuerdo con esta medida, al igual que el 44.4% de quienes discutieron el tema.

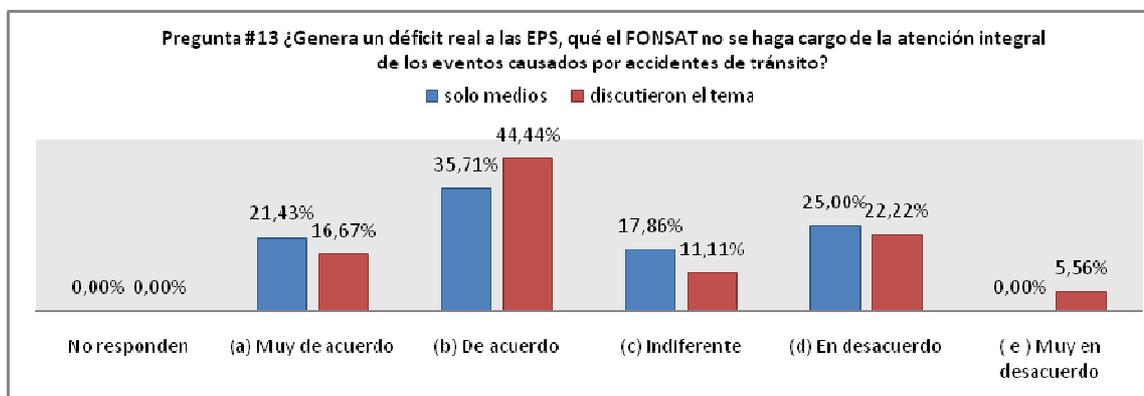
**Tabla 4. Modificación del FONSAT**

| <b>Pregunta #12 ¿Se debe Modificar este fondo (FONSAT) y cargarle a él coberturas adicionales?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>   | 4                 | 4,71%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 8                 | 9,41%             |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 23                | 27,06%            |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 18                | 21,18%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 24                | 28,24%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 8                 | 9,41%             |
| <b>Total</b>   | 85                | 100,00%           |

En general, un 55.3% y en su gran mayoría por cada uno de los grupos estudiados, consideran que sí genera un déficit real a las EPS, que el FONSAT no se haga cargo de la atención integral de los eventos causados por accidentes de tránsito (pregunta 13). Estando más de acuerdo en su orden: los que laboran en tareas administrativas con un 62% de los encuestados; entre quienes se consideran con conocimiento del tema están de acuerdo un 60% y un 61% de quienes discutieron el tema (Grafico 10).

Frente a la propuesta de modificar este fondo, entregándole el 20% del valor del seguro que antes se entregaba al FOSYGA, para ahorrar y agilizar el flujo de recursos (pregunta 14) (Tabla 5). El 39% de los encuestados estuvieron de acuerdo aunque un 21% manifestó que esta medida sería intrascendente. Los que mayormente se manifestaron de acuerdo fueron los que laboran en tareas administrativas 52%.

**Grafico 10. Opinión sobre el FONSAT según la forma como conocieron los Decretos**

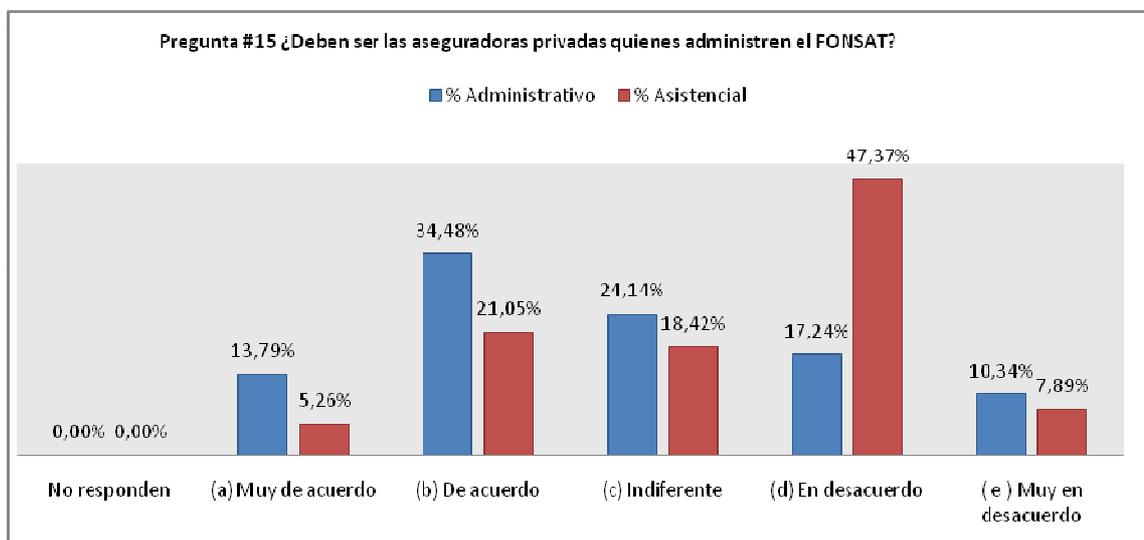


**Tabla 5. Flujo de recursos con la Modificación del FONSAT**

| Pregunta #14 ¿Al modificarse este fondo, entregándole el 20% del valor del seguro que antes se entregaba al FOSYGA, se ahorra y agiliza el flujo de recursos? | Frecuencia | Porcentaje     |
|---|------------|----------------|
| no responde   | 4          | 4,71%          |
| (a) Muy de acuerdo  | 5          | 5,88%          |
| (b) De acuerdo  | 28         | 32,94%         |
| (c) Indiferente   | 18         | 21,18%         |
| (d) En desacuerdo   | 20         | 23,53%         |
| (e) Muy en desacuerdo   | 10         | 11,76%         |
| <b>Total</b>  | <b>85</b>  | <b>100,00%</b> |

Realmente no se puede observar una tendencia muy marcada, de acuerdo o de desacuerdo, con la propuesta que deben ser las aseguradoras privadas quienes administren el FONSAT (pregunta 15). Un 34% está de acuerdo y un 39% en desacuerdo y una tendencia general y entre los diferentes grupos encuestados de un 22% aproximadamente de quienes consideran intrascendente esta medida. Están de acuerdo con la medida el 48% de quienes laboran en tareas administrativas. Están en desacuerdo con esta medida el 55% de quienes se desempeñan en labores asistenciales (Grafico 11) y el 43% de quienes están vinculados laboralmente a entidades prestadoras de servicios de salud. Nuevamente llamativo, es que una de las poblaciones que mas rechaza la medida con un 50%, es aquella que solo conoció los decretos por los medios de comunicación, igualmente es en este grupo donde más se considera intrascendente esta medida con un 25%.

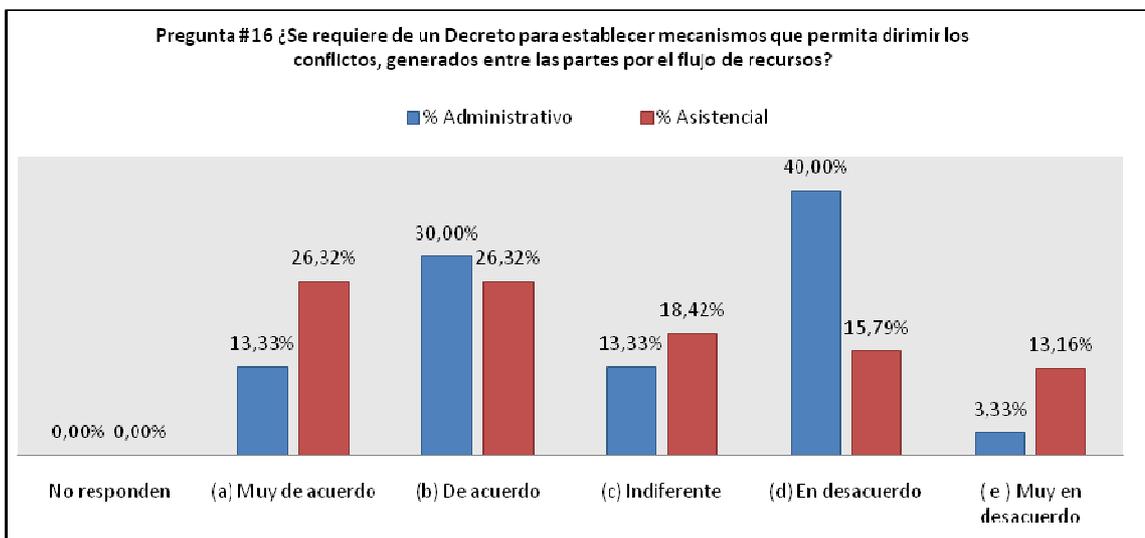
**Grafico 11. Manejo del FONSAT, según área en la que se labora**



Con el Decreto 075 del 18 de enero del 2010 se intentó adoptar medidas para la solución de las controversias presentadas entre los diferentes actores del sistema

y garantizar que los recursos que por múltiples razones no se han utilizado, se ejecuten y así cumplan su finalidad constitucional. Preguntados sobre si se requiere de un Decreto para establecer mecanismos que permita dirimir los conflictos, generados entre las partes por el flujo de recursos (pregunta 16), contestaron: entre de acuerdo y muy de acuerdo un 46% y en desacuerdo y muy en desacuerdo un 34%. El mayor acuerdo estuvo entre aquellos que tienen que ver directamente con el sector salud en el campo asistencial, por ejemplo el 49% de quienes trabajan en entidades prestadoras de servicios, el 53% de quienes tienen labores asistenciales(Grafico 12), en tanto que solo en aquellos que laboran en actividades administrativas se evidencio mayoritariamente el desacuerdo con un 43%. Entre quienes se consideran conocedores del tema, un 54.6% estuvo de acuerdo y muy de acuerdo con esta medida.

**Grafico 12. Opinión sobre mecanismos para dirimir conflictos, según área laboral**



El 46% de los encuestados considera que esta medida es efectiva para mejorar el flujo de recursos (pregunta 17) (Grafico 13), en todos los grupos estudiados el muy de acuerdo y de acuerdo oscila entre 44% y el 53.1% esta última cifra entre

quienes se consideran conocedores del tema. En ningún grupo el desacuerdo y muy en desacuerdo supero el 40%.

**Grafico 13. Efectividad del decreto 075 de 18 de enero de 2010**

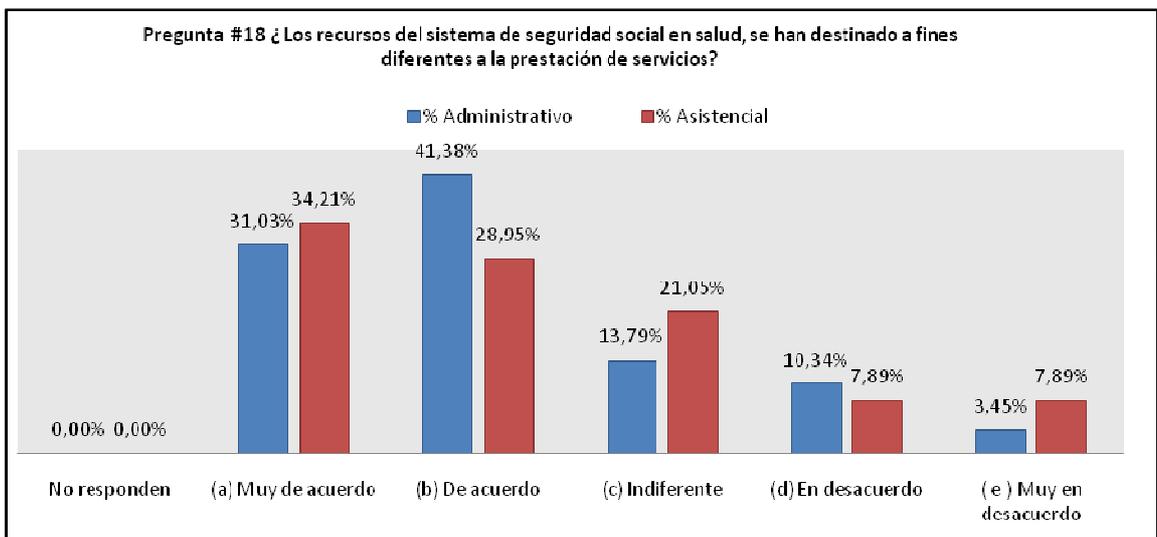


Tal vez uno de los decretos más complejos y sobre el cual se debieron abordar más cuestionamientos, fue el Decreto 126 de 21 de enero de 2010, con él, se buscó adoptar medidas tendientes a fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas. Así como robustecer las actividades de inspección, vigilancia y control (SIVC) vigentes, para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda constituirse como el eje integrador del mismo, con el fin de garantizar la prestación efectiva del servicio de salud y la preservación de los recursos del SGSSS. Para analizarlo adecuadamente se realizaron sobre estas 11 preguntas.

Es muy general el concepto que los recursos del sistema de seguridad social en salud, se han destinado a fines diferentes a la prestación de servicios (pregunta 18), están muy de acuerdo con esta afirmación el 27% de los encuestados y de acuerdo el 35% para un total del 62%, están en desacuerdo el 13%. Los que más de acuerdo están con un 72%, son quienes laboran en actividades administrativas, estando muy de acuerdo en un 31% y de acuerdo en un 41%(Grafico 14). Los conocedores del tema y quienes lo discutieron están de acuerdo en un 69% en

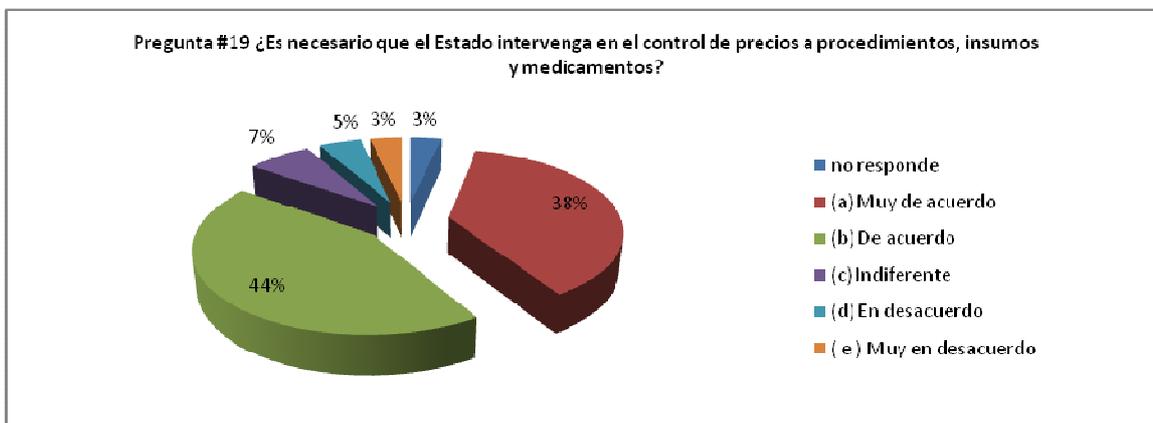
cada grupo. Se debe resaltar que entre aquellos que conocieron los decretos solo por medios de comunicación, un 29% consideran que esta afirmación es intrascendente para impactar el sistema.

**Grafico 6. Percepción de la utilización de los recursos del sistema de salud, según área laboral**



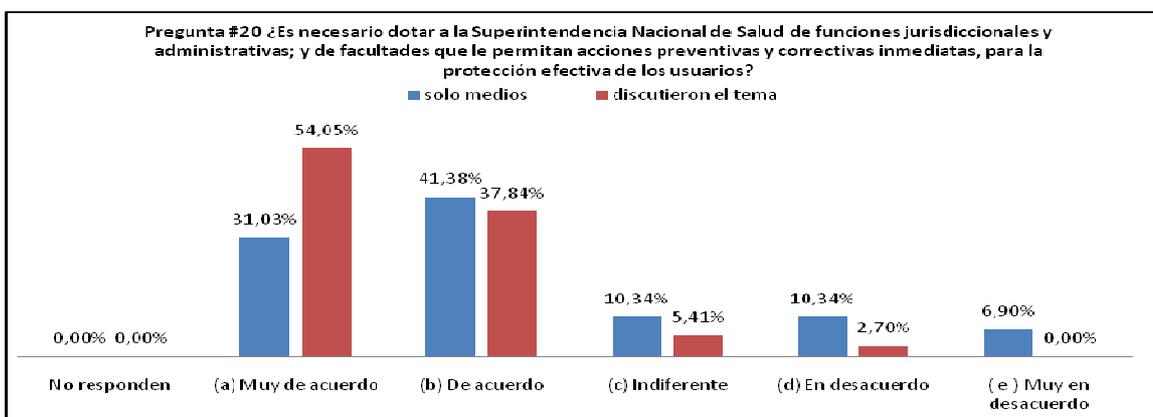
Con un altísimo porcentaje, en general del 81% (Grafico 15) y en particular por cada uno de los grupos, Conocedores del tema 89%, de los que trabajan en entidades prestadoras de servicios y de quienes laboran en áreas asistenciales; y el 80% de quienes cumplen tareas administrativas, aun el 86% de quienes solo conocieron de los decretos por los medios de comunicación, están de acuerdo y muy de acuerdo con que es necesario que el Estado intervenga en el control de precios a procedimientos, insumos y medicamentos (pregunta 19).

**Grafico 15. Necesidad de intervenir el control de precios.**



En igual sentido, el 39% está de acuerdo y otro 39% muy de acuerdo, con que es necesario dotar a la Superintendencia Nacional de Salud, de funciones jurisdiccionales y administrativas; y de facultades que le permitan acciones preventivas y correctivas inmediatas, para la protección efectiva de los usuarios (pregunta 20), de estos los que más manifiestan estar de acuerdo son el 92% de quienes los discutieron (Grafico 16) y el 86% de aquellos concedores de los decretos.

**Grafico 16. Opinión de las funciones de la Superintendencia de salud, según la forma como conocieron los Decretos**



Frente a la validez que la Superintendencia Nacional de Salud, delegue acciones de inspección y vigilancia a los Entes territoriales (pregunta 21), los encuestados manifestaron estar de acuerdo y muy de acuerdo en un 64% (Grafico 17), igual manifestación se hizo por grupos poblacionales estableciendo las sumatorias entre de acuerdo y muy de acuerdo, en un rango que oscila entre el 60 y el 70%.

**Grafico 17. Delegación de funciones de la Superintendencia Nacional de Salud**



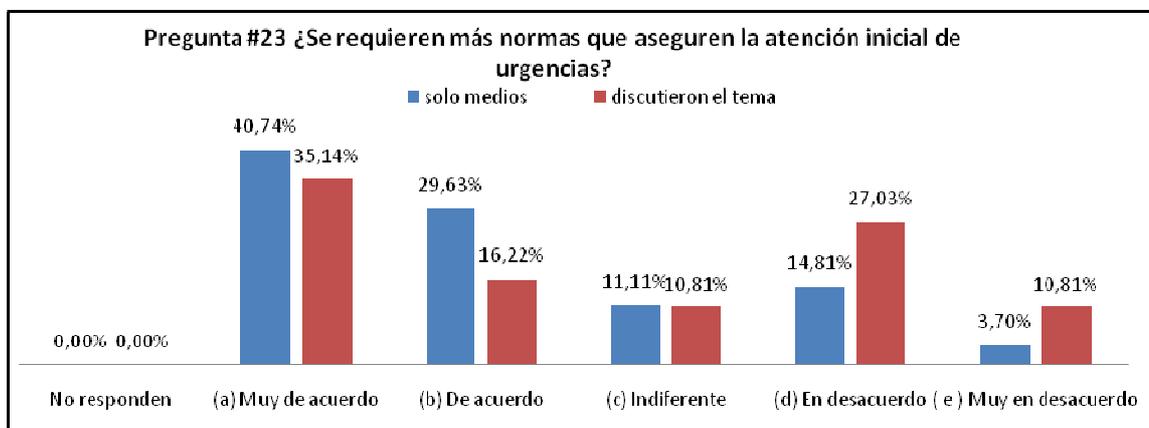
Muy de acuerdo 48% y de acuerdo 34%, se manifestaron los encuestados (Grafico 18), con que la Superintendencia Nacional de Salud, debe tener facultades de intervenir en forma inmediata cuándo el Ente correspondiente no pague, no disponga de red adecuada de servicios o no preste el servicio oportunamente (pregunta 22). Casi en su totalidad, todos los grupos se manifestaron muy de acuerdo con esta medida, en porcentajes que superaron el 50% y que sumados a los que estuvieron de acuerdo, en términos generales superan el 82%, incluso en aquellos que se consideran concedores del tema su aceptación a esta medida fue del 94%.

**Grafico 18. Facultades de intervención de la Superintendencia**

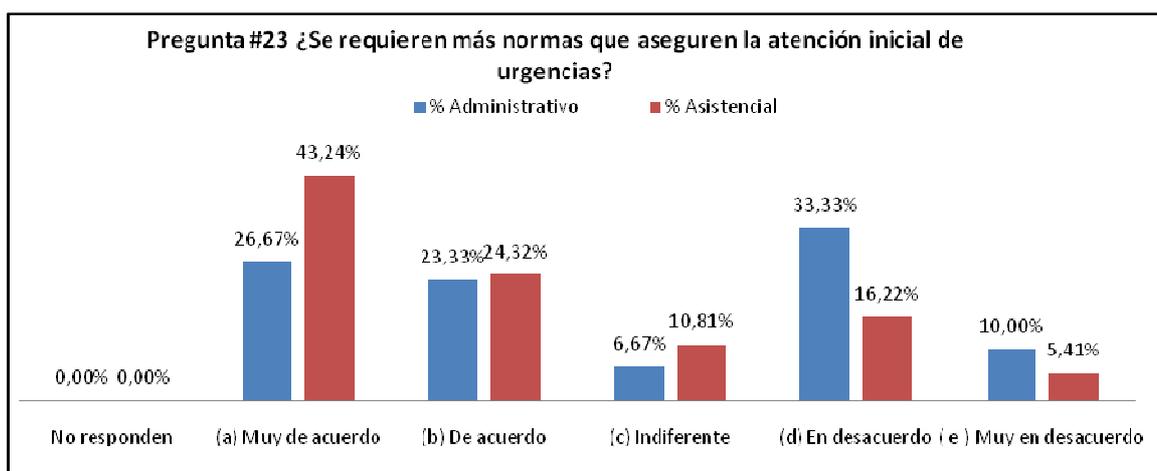


Si bien la mayoría un 56.4%, de los cuales el 32.9% están muy de acuerdo y 23.5% de acuerdo, consideran que se requieren más normas que aseguren la atención inicial de urgencias (pregunta 23), en este tema no hay tanto consenso como en el anterior. Es claro también, que aquí quienes consideran que esta norma es viable, están en su mayoría muy de acuerdo con porcentajes que van desde el 30% hasta los 39% en los diferentes grupos, para totales a favor que van desde 50% hasta 68%. Pero hay tres grupos que manifiestan en porcentajes importantes su desacuerdo con esta norma, son un 38% de quienes discutieron los decretos en grupos de trabajo o la universidad (Grafico 19), 43% de quienes laboran en actividades administrativas (grafico 20) y un 33% de quienes se consideran conocedores del tema, estos posiblemente consideran que el problema es otro y no de normas.

**Grafico 19. Sanciones en atención de urgencias, según la forma como conocieron los Decretos**



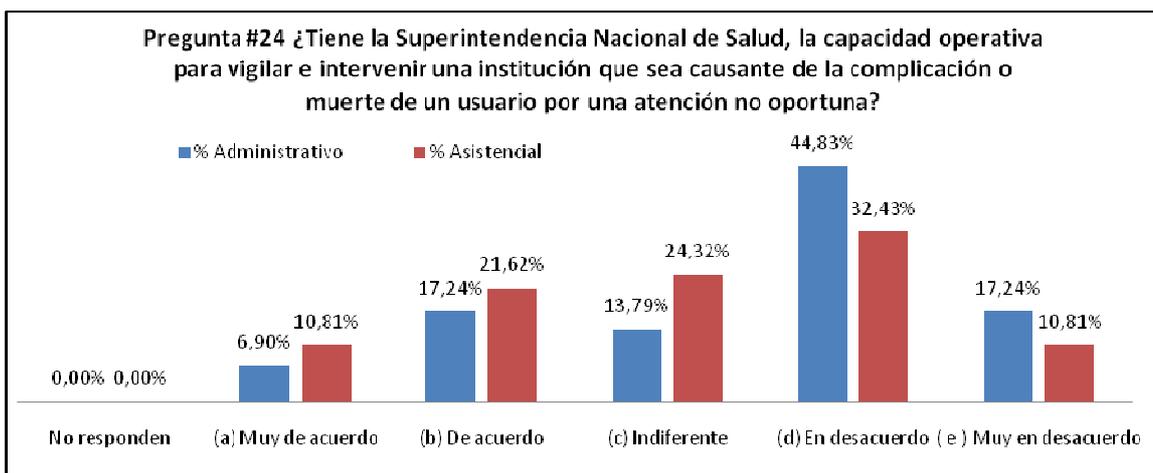
**Grafico 20. Sanciones en atención de urgencias, según el área laboral**



El 49% de los encuestados, consideran que no tiene la Superintendencia Nacional de Salud, la capacidad operativa para vigilar e intervenir una institución que sea causante de la complicación o muerte de un usuario por una atención no oportuna (pregunta 24), aunque el 26 % considera que si tiene esta capacidad. Quienes menos creen en que la Superintendencia tenga esta capacidad, son un 62% de

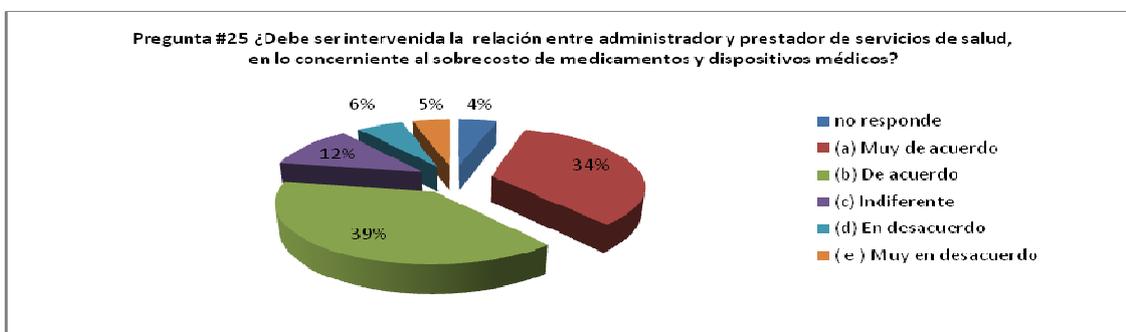
quienes laboran en temas administrativos (Grafico 21) y el 63% de quienes se consideran conocedores del tema.

**Grafico 21. Capacidad operativa de la Superintendencia, según área laboral**



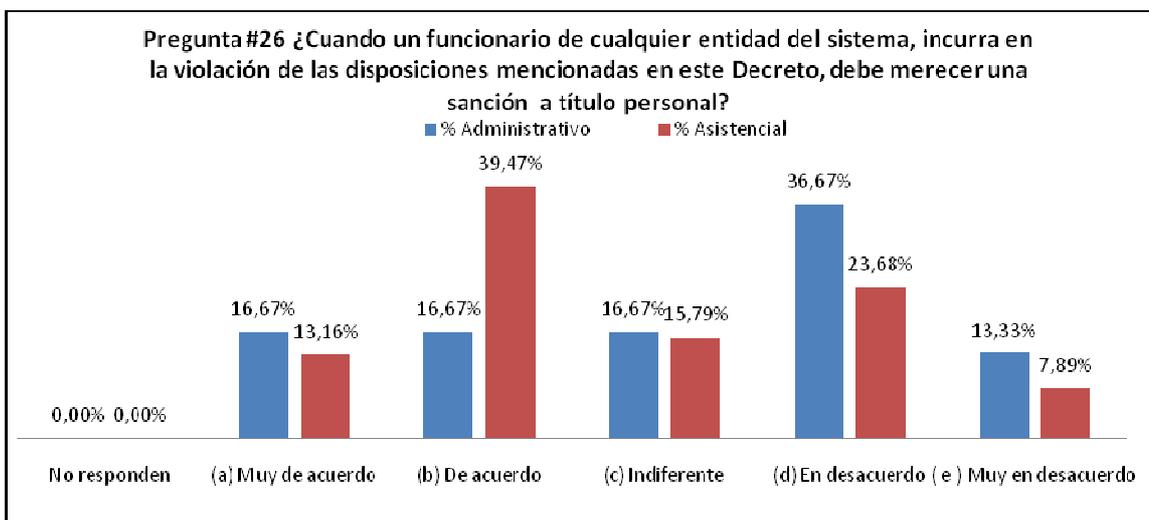
Consideran los encuestados en forma mayoritaria un 73% (Grafico 22), que si debe ser intervenida la relación entre administrador y prestador de servicios de salud, en lo concerniente al sobre costo de medicamentos y dispositivos médicos (pregunta 25). En todos los segmentos analizados el porcentaje de quienes están de acuerdo y muy de acuerdo supera el 69%, quienes más se manifiestan a favor son los conocedores de los decretos en un 81%.

**Grafico 22. Necesidad de intervenir la relación administrador y prestador**



Pareciera que a la mayoría de los encuestados, no les preocupara el hecho que cuando un funcionario de cualquier entidad del sistema, incurra en la violación de las disposiciones mencionadas en este Decreto, deba merecer una sanción a título personal (pregunta 26), toda vez que el 44.7% manifestaron estar de acuerdo y el 19% lo consideraron indiferente. Más aun, quienes mas de acuerdo estuvieron, fueron los que laboran en actividades asistenciales, quienes estuvieron a favor en un 53% y a un 16% les pareció indiferente. En forma similar se manifestaron quienes son concedores de los decretos, de ellos el 51% estuvo de acuerdo muy de acuerdo y el 14% lo consideraron indiferente. Paradójicamente quienes más en desacuerdo se manifestaron fueron quienes trabajan en temas administrativos de ellos el 50% se mostraron en desacuerdo y muy en desacuerdo y tan solo el 33% de acuerdo (Grafico 23).

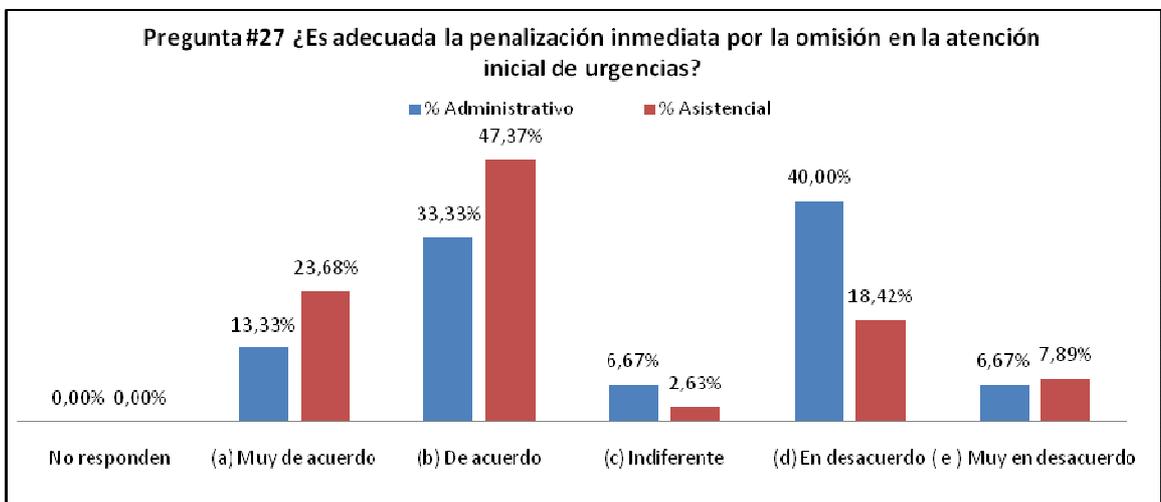
**Grafico 23. Sanciones por incumplimiento de las disposiciones**



En igual sentido que en la pregunta anterior, en esta, los consultados y muy especialmente quienes desempeñan labores asistenciales, el 71% de ellos, no le temen a las sanciones, al igual que lo consideran un 60% del total de los encuestados, quienes piensan que es adecuada la penalización inmediata por la

omisión en la atención inicial de urgencias (pregunta 27). Sin embargo se mantiene el temor en quienes desempeñan actividades administrativas, que en un 47% se manifiestan en desacuerdo con este tipo de sanciones, en ellos la opinión es muy dividida, por que el 46% dice estar de acuerdo o muy de acuerdo (Grafico 24). Quienes se han manifestado como conocedores del tema están de acuerdo con la penalización en un 45% y muy de acuerdo en un 23% para un total de 68%.

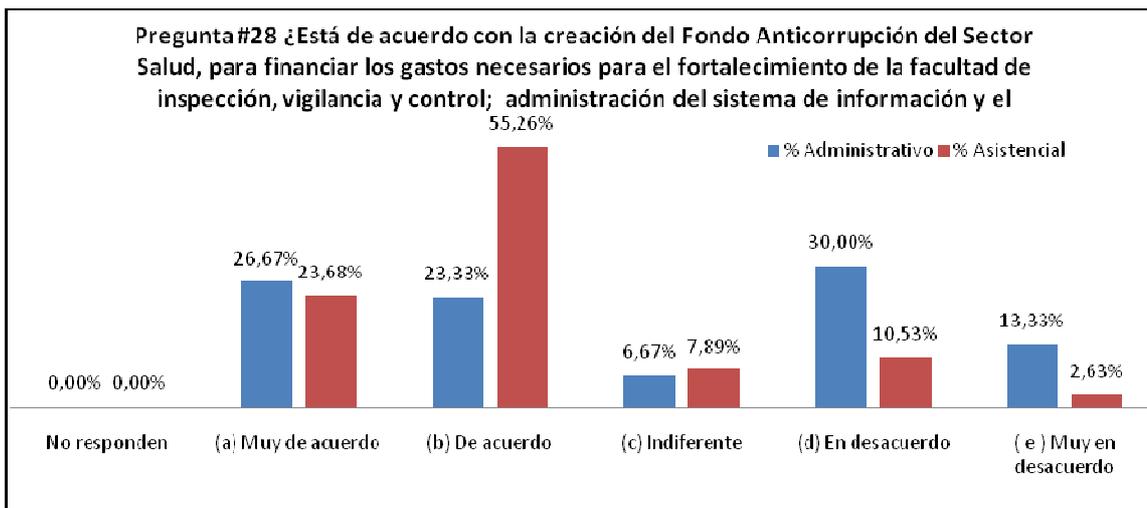
**Grafico 24. Penalización por omisión en la atención de urgencias**



Siguen siendo quienes desarrollan labores asistenciales, un 79% de ellos, quienes se manifiestan mas a favor de mayores controles y sanciones, en total el 65% de los encuestados están de acuerdo con la creación del Fondo Anticorrupción del Sector Salud, para financiar los gastos necesarios para el fortalecimiento de la facultad de inspección, vigilancia y control; administración del sistema de información y el reporte de eventos sospechosos de corrupción y fraude (pregunta 28). Y continua la tendencia de mayor cautela, manifestada en el desacuerdo del 43% de quienes laboran en actividades administrativas, con la creación de este fondo, aunque en este caso, la mayoría de ellos, el 50% se manifestaron de acuerdo y muy de acuerdo (Grafico 25). Este es el grupo en el que los temas

tratados en el Decreto 126 de 21 de enero de 2010, presentaron mayor discrepancia al interior de ellos; ellos y los otros grupos y con el promedio general.

**Grafico 25. Creación del fondo anticorrupción**



Con el Decreto 127 de 21 de enero de 2010 se buscaba modificar el impuesto sobre las ventas aplicable a la cerveza, los juegos de suerte y azar, consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y de cigarrillos y tabaco elaborado, destinando por lo menos, los mayores ingresos generados a la salud. Consideró el 58% de los encuestados que era necesario modificar el impuesto a licores, cigarrillo y juegos de azar (pregunta 29), estando el 32% de ellos muy de acuerdo (Tabla 6). Los grupos poblacionales tuvieron un comportamiento similar que osciló entre el 56 y 66% de acuerdo y muy de acuerdo.

**Tabla 6. Modificación de impuestos**

| Pregunta #29 ¿Era necesario modificar el impuesto a licores, cigarrillo y juegos de azar? | Frecuencia | Porcentaje     |
|---|------------|----------------|
| no responde   | 3          | 3,53%          |
| (a) Muy de acuerdo  | 27         | 31,76%         |
| (b) De acuerdo  | 22         | 25,88%         |
| (c) Indiferente   | 14         | 16,47%         |
| (d) En desacuerdo   | 16         | 18,82%         |
| ( e ) Muy en desacuerdo   | 3          | 3,53%          |
| <b>Total</b>  | <b>85</b>  | <b>100,00%</b> |

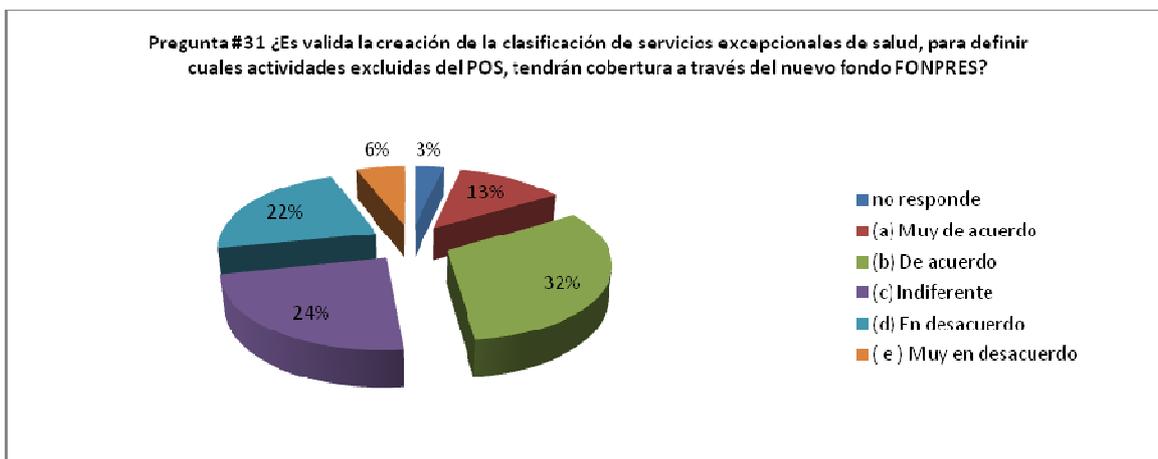
Sin embargo, aun que la mayoría considera que era necesario modificar este impuesto, igualmente consideran que tomar esta medida no será efectivo para afrontar la crisis financiera del sector salud (pregunta 30), así lo consideran el 48% de los encuestados, contra un 34% que consideran que si sería efectivo (Grafico 26). Quienes más lo consideran así son aquellos que se consideran conocedores de los decretos, en un 56% y quienes discutieron el tema en grupos de trabajo o en la universidad, en un 54%. Se resalta que el 48% de quienes conocieron los decretos solo por medios de comunicación están de acuerdo con que esta medida si servirá para afrontar la crisis, solo en este grupo tienen esta consideración en forma mayoritaria.

**Grafico 26. Efectividad de la modificación de impuestos**



Con el Decreto 128 del 21 de enero del 2010, teniendo en cuenta que una buena parte del incremento en los servicios no incluidos en el POS, corresponde a aquellos que exceden los contenidos del régimen contributivo, sobre los cuales se había advertido la necesidad de expedir una adecuada reglamentación y que cuenten con una debida fuente de financiación. Se adoptaban medidas para proteger el acceso a los servicios de salud, y a las prestaciones excepcionales en salud, evitando la necesidad de acudir al juez de tutela. Una de estas medidas era la creación de la clasificación de servicios excepcionales de salud, para definir cuales actividades excluidas del POS, tendrían cobertura a través del nuevo fondo FONPRES (pregunta 31). Los encuestados, casi en un 45% estuvieron muy de acuerdo y de acuerdo con esta medida, aunque un 28% de ellos estuvieron en desacuerdo y muy en desacuerdo (Grafico 27). Estando mayoritariamente de acuerdo quienes laboran en áreas asistenciales, aunque entre estos también está el mayor porcentaje de quienes consideran intrascendente esta medida, un 29% de ellos lo consideraron así.

**Grafico 27. Creación de la clasificación de servicios excepcionales de salud**



El 43 % de los encuestados, consideran que el Fondo de Prestaciones Excepcionales en Salud (FONPRES) no dará mayor agilidad en el flujo de

recursos, para garantizar la oportuna prestación de los servicios (pregunta 32). Es llamativo que quienes laboran en áreas asistenciales están en un 42% con una opinión negativa, mientras que entre los que laboran en áreas administrativas están en un 60% en desacuerdo. Es de resaltar aquí la opinión negativa de los relacionados con la salud en áreas asistenciales y de quienes laboran en áreas administrativas. Consideran que esta norma no será efectiva el 50% de quienes se consideran concededores de la norma.

El 62% de los encuestados (Tabla 7), no creen que se pueda garantizar a los usuarios, la prestación de servicios excepcionales en salud sin que se ponga en riesgo el derecho a la salud y la vida, teniendo en cuenta que los recursos del FONPRES son limitados a un presupuesto anual (pregunta 33). Quienes más en desacuerdo están son aquellos que discutieron los decretos en grupos de trabajo y en las aulas de clase, 76%; los concededores de los decretos, 78%; y quienes laboran en actividades administrativas 76%)

**Tabla 7. Garantía de prestación de servicios**

| <b>Pregunta #33 ¿Teniendo en cuenta que los recursos del FONPRES son limitados a un presupuesto anual, cree usted que se pueda garantizar a los usuarios, la prestación de servicios excepcionales en salud sin que se ponga en riesgo el derecho a la salud y la vida?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>  | 4                 | 4,71%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 6                 | 7,06%             |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 8                 | 9,41%             |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 14                | 16,47%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 37                | 43,53%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>  | 16                | 18,82%            |
| <b>Total</b>  | 85                | 100,00%           |

El 54% de los encuestados, no consideran conveniente que los afiliados al sistema, asuman parte de los costos de las prestaciones excepcionales en salud,

aun considerando su real capacidad de pago (pregunta 34) (Tabla 8). De quienes se ocupan en labores administrativas, el 69% están en desacuerdo; igualmente lo están el 61 y 59% de los conocedores del tema y de quienes discutieron los decretos respectivamente.

**Tabla 8. Afiliados como responsables de parte de los costos de los servicios**

| Pregunta #34 ¿Es conveniente que los afiliados al sistema, asuman parte de los costos de las prestaciones excepcionales en salud, aun considerando su real capacidad de pago? | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| <b>no responde</b>  | 4          | 4,71%      |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 6          | 7,06%      |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 18         | 21,18%     |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 11         | 12,94%     |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 26         | 30,59%     |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>  | 20         | 23,53%     |
| <b>Total</b>  | 85         | 100,00%    |

El 68 de los encuestados están en desacuerdo y muy en desacuerdo con que esta medida (Decreto 128 del 21 de enero del 2010) sería efectiva para cubrir el déficit por la prestación de los servicios (pregunta 35). Los menos optimistas son un 83% de los conocedores de los decretos, el 79% de los que laboran en áreas administrativas (Grafico 28) y el 75% de quienes discutieron los decretos.

**Grafico 28. Efectividad para cubrir el déficit, según el área en que laboran**



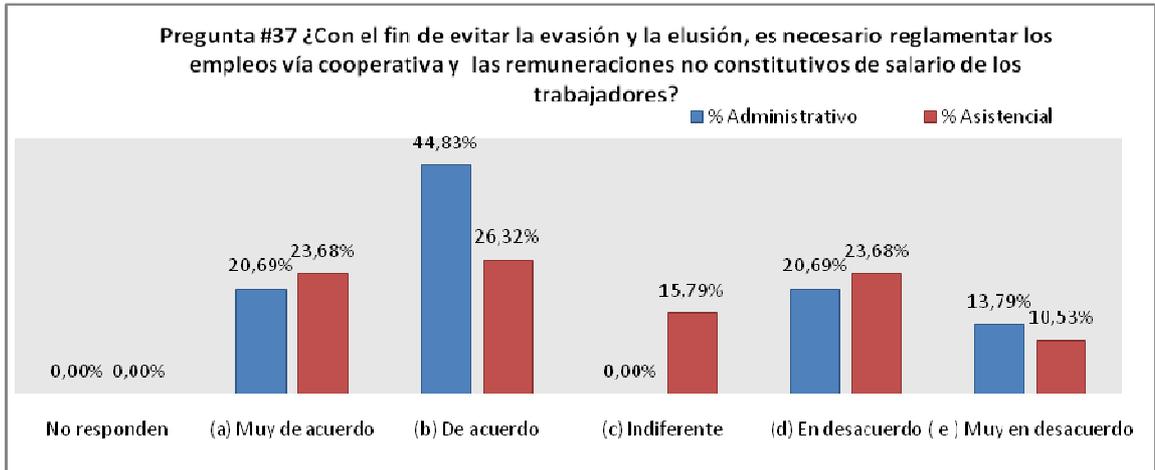
Según el Decreto 129 del 21 de enero del 2010, el Gobierno Nacional consideró necesario adoptar de manera urgente y preventiva, medidas integrales que le permitieran ejercer un control eficaz a la evasión y la elusión en el pago de las cotizaciones y aportes al sistema, con lo cual buscaba garantizar su sostenibilidad financiera. Al preguntarse sobre si ¿están de acuerdo con que se creen mecanismos y acuerdos de pago, para que las personas naturales o jurídicas que se encuentran en mora con el sistema, y se pongan al día con sus obligaciones? (pregunta 36), el 77% manifestaron estar de acuerdo y muy de acuerdo (Grafico 29). En términos generales este es uno de los decretos que mayor aceptación tenía entre los encuestados, toda vez que entre los diferentes grupos, la aceptación oscila entre el 80 y el 93%, siendo esta mayor aceptación en el grupo de quienes laboran en tareas administrativas.

**Grafico 29. Acuerdos de pago para ponerse al día con obligaciones**



El 55% de los encuestados, estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo, que con el fin de evitar la evasión y la elusión, era necesario reglamentar los empleos vía cooperativa y las remuneraciones no constitutivas de salario de los trabajadores (pregunta 37). Se creería que quienes cumplen actividades asistencial, estarían mayoritariamente de acuerdo y muy de acuerdo, sin embargo entre ellos solo el 50% lo consideran así, aunque esta posición es mayoritaria, entre los que laboran en áreas administrativas, el porcentaje de respaldo es mas alto, 66%. (Grafico 30)

### Grafico 30. Mecanismos para evitar la evasión y elusión



Según el Decreto 130 del 21 de enero del 2010, el Gobierno Nacional consideró necesaria la adopción de medidas excepcionales para optimizar los recursos existentes y generar nuevos recursos originados en la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, como arbitrio rentístico, con el fin de que se incorporen en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la financiación de los servicios que éste cubre.

No es muy significativa la diferencia entre quienes están de acuerdo y muy de acuerdo (35%) y quienes están en desacuerdo y muy en desacuerdo (38%) con que era necesario establecer este decreto en el ámbito de la emergencia social (pregunta 38) (Tabla 10). Tal vez las mayores diferencias se pueden observar entre los concedores de los decretos, el 36% están de acuerdo y el 46% en desacuerdo.

**Tabla 3. Explotación del monopolio rentístico**

| Pregunta #38 ¿Era necesario establecer este decreto en el ámbito de la emergencia social? | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| <b>no responde</b>  | 4          | 4,71%      |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 9          | 10,59%     |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 21         | 24,71%     |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 18         | 21,18%     |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 21         | 24,71%     |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>  | 12         | 14,12%     |
| <b>Total</b>  | 85         | 100,00%    |

Un poco más del 55% de los encuestados estuvieron en desacuerdo y muy en desacuerdo con que este decreto generaría nuevos y suficientes recursos para conjurar las causas que justificaron la declaratoria de emergencia social (pregunta 39) (Grafico 31). Esta posición es sostenida entre todos los grupos encuestados, en los cuales el porcentaje de posiciones en desacuerdo y muy en desacuerdo vario entre el 54 y el 65%.

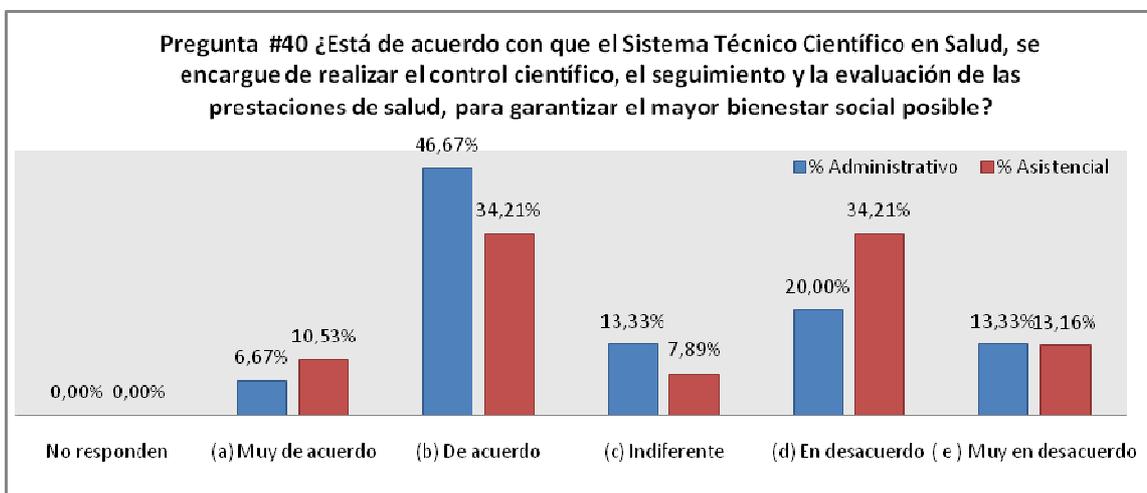
**Grafico 31. Utilidad del Decreto 130 del 21 de enero de 2010**



Uno de los decretos que mayores cambios y por ende, mayor discusión debería haber generado, fue el 131 del 21 de enero del 2010, con el cual, el Gobierno

Nacional crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud. Al preguntarse sobre si se está de acuerdo con que el Sistema Técnico Científico en Salud, se encargue de realizar el control científico, el seguimiento y la evaluación de las prestaciones de salud, para garantizar el mayor bienestar social posible? (pregunta 40). El 48% estuvo de acuerdo y muy de acuerdo y el 35% en desacuerdo y muy en desacuerdo. Llamando la atención que los mayores grupos en los que se observó aprobación fue entre quienes laboran en funciones administrativas, con un 53% de ellos (Grafico 32). En los otros grupos las diferencias entre los que estaban de acuerdo y muy de acuerdo y quienes estaban en desacuerdo y muy en desacuerdo no superaron el 10%, manteniéndose en todos ellos por encima la opinión favorable, con excepción de los formados en el sector salud donde la diferencia fue 41% a favor y 43% en contra.

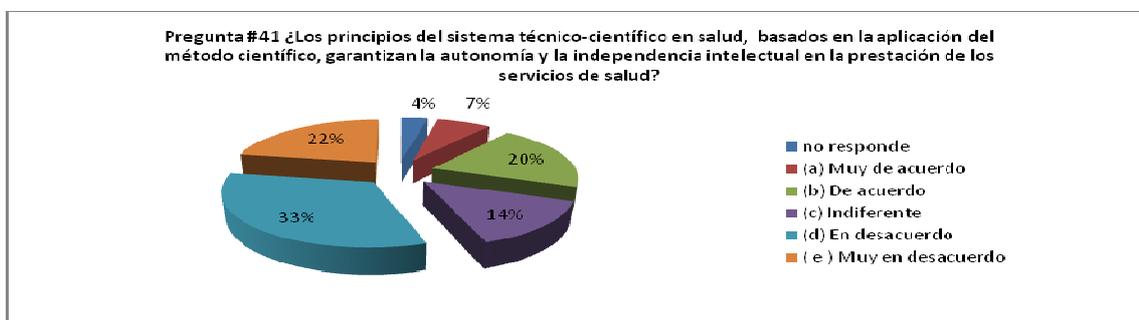
**Grafico 32. Aceptación del sistema Técnico - Científico**



El 55% de los encuestados, no consideran que los principios del sistema técnico-científico en salud, basados en la aplicación del método científico, garantizan la autonomía y la independencia intelectual en la prestación de los servicios de salud (pregunta 41), un 27% si están de acuerdo con este postulado (Grafico 33). En

todos los grupos, se marca una gran diferencia entre quienes rechazan esta premisa y quienes la avalan, en todos los casos la primera posición duplica la segunda, se resalta que entre los concededores de los decretos, con un 66% de ellos; los que laboran en áreas administrativas, un 63% de ellos y los que laboran en el área asistencial, 58% de ellos; es donde mayor discrepancia se observa con este postulado.

**Grafico 33. Autonomía e independencia intelectual**



Aun que el 41% de los encuestados, manifiesta estar en desacuerdo y muy en desacuerdo con que los estándares basados en evidencia científica y la doctrina médica, adoptados por el Organismo Técnico-Científico en Salud, sean vinculantes para todos los actores del sistema y de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios excepcionales de salud (pregunta 42), sobre este tema no hay una discrepancia radical, ya que un 36% manifiestan estar de acuerdo y muy de acuerdo (Gráfico 34). Llama la atención que entre quienes discutieron el tema, la opinión favorable (42%) es mayor que la desfavorable (39%). La mayor opinión desfavorable está entre quienes laboran en áreas administrativas, con un 50% de ellos.

### Grafico 34. Obligatoriedad de los estándares

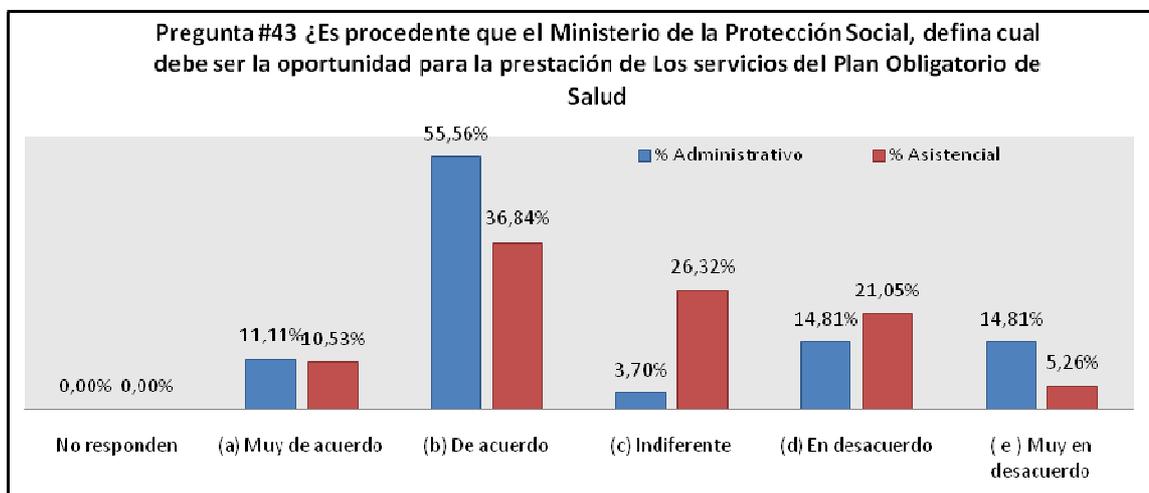


El 48% de los encuestados consideran que es procedente que el Ministerio de la Protección Social, defina cual debe ser la oportunidad para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país (pregunta 43), solo un 25%, no lo consideran pertinente (Tabla 11). En todos los grupos la diferencia es muy marcada, pero se hace más significativa entre quienes laboran en áreas administrativas, entre ellos un 67% están de acuerdo con esta medida (Grafico 35)

**Tabla 4. Oportunidad para la prestación de los servicios**

| Pregunta #43 ¿Es procedente que el Ministerio de la Protección Social, defina cual debe ser la oportunidad para la prestación de Los servicios del Plan Obligatorio de Salud, atendiendo la pertinencia técnica científica y los recursos físicos, tecnológicos, económicos y humanos disponibles en el país? | Frecuencia | Porcentaje |
|---|------------|------------|
| <b>no responde</b>  | 6          | 7,06%      |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 9          | 10,59%     |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 32         | 37,65%     |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 16         | 18,82%     |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 16         | 18,82%     |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>  | 6          | 7,06%      |
| <b>Total</b>  | 85         | 100,00%    |

**Grafico 35. Opinión sobre la oportunidad para la prestación de los servicios, según área de desempeño**



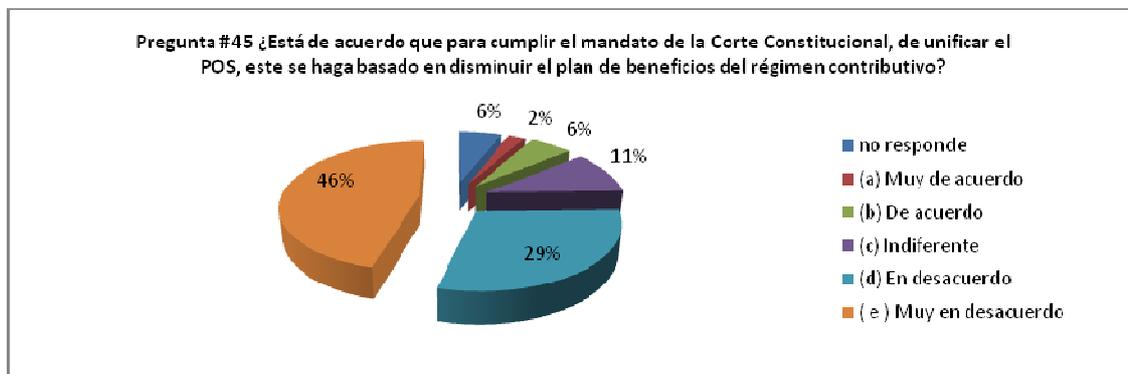
Si bien, el 47% de los encuestados considera adecuado, que con el fin de cumplir el mandato de la Corte Constitucional, se unifiquen los planes de beneficios para igualar el subsidiado con el contributivo (pregunta 44), la diferencia con quienes no lo consideran conveniente 36% de los encuestados no es tan marcada como supuestamente se podría esperar (Tabla 12). Entre todos los grupos poblacionales, el 50% de cada uno de ellos se manifestó de acuerdo y muy de acuerdo, y entre el 35 y 42% en desacuerdo y muy en desacuerdo.

**Tabla 5. Unificación de planes de beneficios**

| <b>Pregunta #44 ¿Considera adecuado, que con el fin de cumplir el mandato de la Corte Constitucional, se unifiquen los planes de beneficios para igualar el subsidiado con el contributivo?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>  | 5                 | 5,88%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 17                | 20,00%            |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 23                | 27,06%            |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 9                 | 10,59%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 17                | 20,00%            |
| <b>(e) Muy en desacuerdo</b>  | 14                | 16,47%            |
| <b>Total</b>  | 85                | 100,00%           |

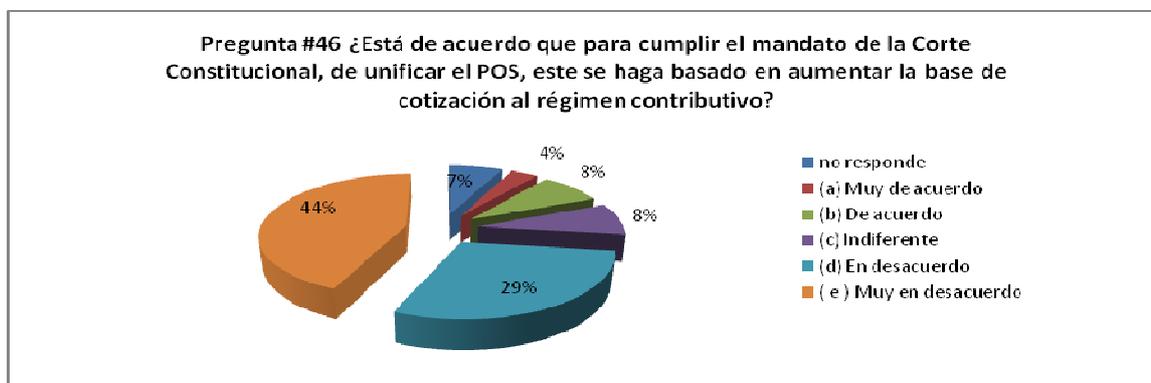
Es muy marcada la posición negativa, frente a la posibilidad que para cumplir el mandato de la Corte Constitucional, de unificar el POS, este se haga basado en disminuir el plan de beneficios del régimen contributivo (pregunta 45), un 45.9% de los encuestados, se manifestaron muy en desacuerdo, tal vez el porcentaje más alto en este sentido de entre todos los factores evaluados, además un 29.4% en desacuerdo, para un total de desfavorabilidad de este postulado del 75.3%, en contrario censo, los porcentajes de muy favorable y favorable, son los más bajos de toda la encuesta con un 2.4% y un 5.9% respectivamente (Grafico 36). Hay grupos poblacionales en los que es muy marcado el rechazo a esta medida, entre ellos los conocedores de los decretos y quienes los discutieron con un 89% y quienes laboran en áreas administrativas con un 86% de los encuestados de cada grupo.

**Grafico 36. Disminución del plan de beneficios**



Igualmente desfavorable es la opinión frente a la posibilidad, que para cumplir el mandato de la Corte Constitucional, de unificar el POS, este se haga basado en aumentar la base de cotización al régimen contributivo (pregunta 46). Un 29.4% estuvo en desacuerdo y un 43.5 muy en desacuerdo (Grafico 37). Aunque la posición desfavorable es muy marcada, sigue siendo mayor esta posición entre quienes cumplen labores administrativas, 81% de los encuestados de este grupo.

### Grafico 37. Aumento de la base de cotización



El decreto 131 del 21 de enero del 2010, define como criterios de exclusión del POS: procedimientos experimentales sin suficiente evidencia científica; que no represente ganancia en salud de acuerdo con la inversión; y que su valor no sea financiable por la UPC (pregunta 47). Entre los encuestados no parece haber una posición muy marcada de favorabilidad (37.6%) o de desfavorabilidad (38.8%) como se observó en las preguntas anteriores. Si bien, en todos los grupos la opinión es desfavorable, oscilando entre el 37 y 47%, no es muy marcada la diferencia con la opinión favorable que osciló entre el 39 y 43% (Tabla 13)

**Tabla 6. Exclusiones del POS**

| <b>Pregunta #47 Este decreto define como criterios de exclusión del POS: procedimientos experimentales sin suficiente evidencia científica; que no represente ganancia en salud de acuerdo con la inversión; y que su valor no sea financiable por la UPC. ¿Está usted de acuerdo con estos criterios?.</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>  | 6                 | 7,06%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>   | 12                | 14,12%            |
| <b>(b) De acuerdo</b>   | 20                | 23,53%            |
| <b>(c) Indiferente</b>  | 14                | 16,47%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>  | 22                | 25,88%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>  | 11                | 12,94%            |
| <b>Total</b>  | 85                | 100,00%           |

El 37.7% de los encuestados están de acuerdo y muy de acuerdo con que deben ser de obligatorio cumplimiento para todos los médicos y odontólogos, los estándares definidos por los profesionales representados por la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en el caso de los médicos. Y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos (pregunta 48) aunque el 30.6% se manifestó en desacuerdo y muy en desacuerdo. Llama la atención un muy alto porcentaje 24.7% que manifiesta indiferencia frente a la incidencia de esta norma. Este es el porcentaje de este tipo más alto de toda la encuesta, y está altamente influenciado por aquellos que discutieron el tema en grupos de trabajo y en las aulas de clase, de ellos el 40% manifestó esta posición. (Tabla 14)

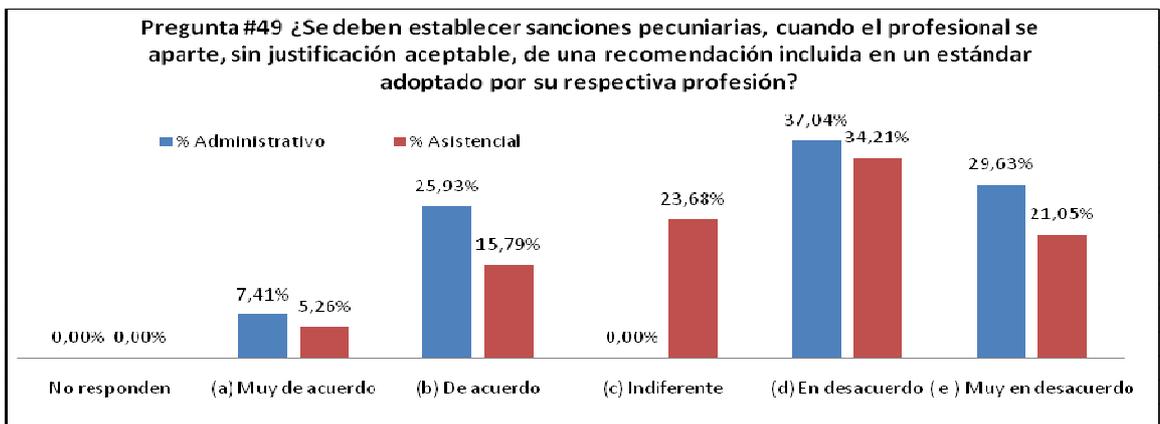
**Tabla 7. Obligatoriedad del cumplimiento de estándares**

| <b>Pregunta #48 ¿Deben ser de obligatorio cumplimiento para todos los médicos y odontólogos, los estándares definidos por los profesionales representados por la Academia Nacional de Medicina y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, en el caso de los médicos. Y la Federación Odontológica Colombiana en el caso de los odontólogos?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>   | 6                 | 7,06%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 9                 | 10,59%            |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 23                | 27,06%            |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 21                | 24,71%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 14                | 16,47%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 12                | 14,12%            |
| <b>Total</b>   | 85                | 100,00%           |

El 54% de los encuestados, consideran que no se deben establecer sanciones pecuniarias, cuando el profesional se aparte, sin justificación aceptable, de una recomendación incluida en un estándar adoptado por su respectiva profesión; y con ello, ocasione un daño económico al Sistema General de Seguridad Social en Salud (pregunta 49), el 23.5% se manifiestan de acuerdo. Paradójicamente quienes más en desacuerdo están, con un 67% de ellos, son los que laboran en

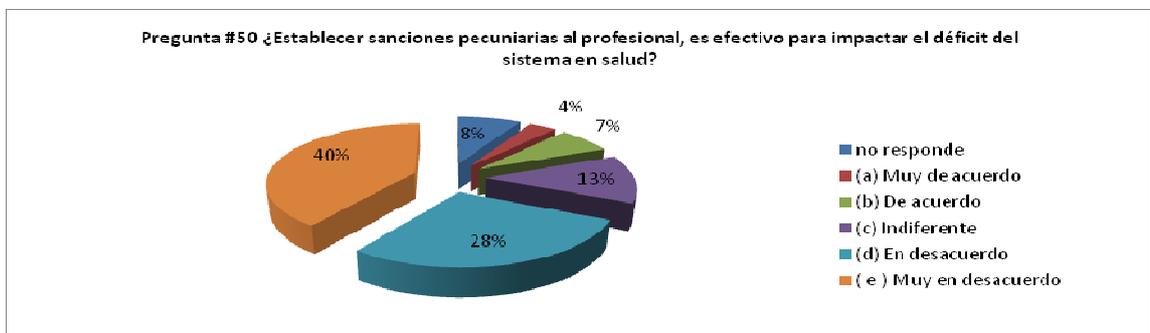
actividades administrativas, muy por encima de un 55% de quienes laboran en actividades asistenciales. (Grafico 38)

**Grafico 38. Sanciones pecuniarias**



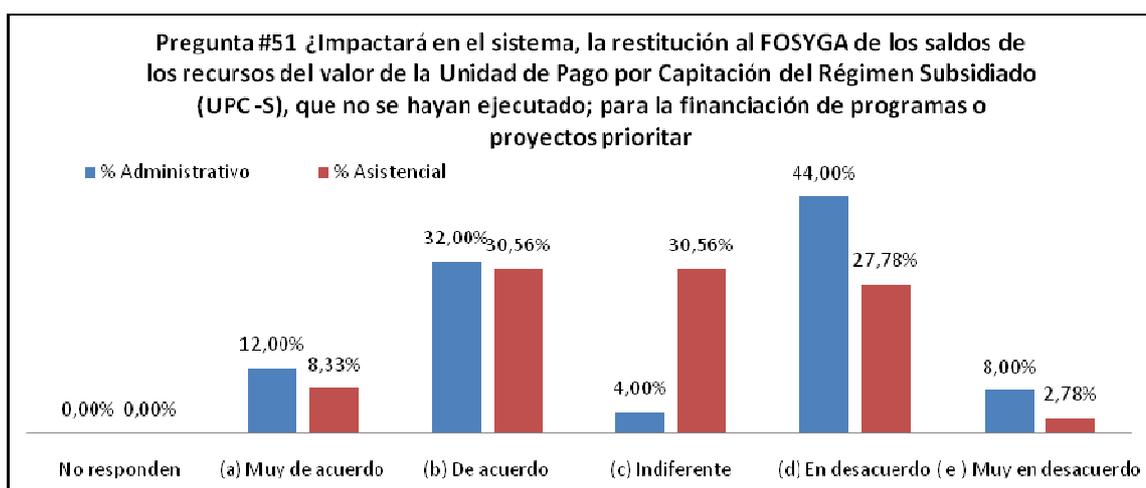
En desacuerdo y muy en desacuerdo están el 68% de los encuestados (Grafico 39), con que establecer sanciones pecuniarias al profesional, es efectivo para impactar el déficit del sistema en salud (pregunta 50). Quienes más se manifestaron en desacuerdo son los conocedores de los decretos con un 84% de ellos. Son más los que cumplen labores administrativas con un 81% de ellos, lo que se manifiestan en desacuerdo, que los que cumplen labores asistenciales, con un 76% de ellos.

**Grafico 39. Impacto de las sanciones pecuniarias**



Sobre si impactará en el sistema, la restitución al FOSYGA de los saldos de los recursos del valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC -S), que no se hayan ejecutado; para la financiación de programas o proyectos prioritarios (pregunta 51). El 35% están de acuerdo, el 33% en desacuerdo y casi un 19% lo consideran intrascendente para el sistema. Sin ser muy significativas las diferencias, si se observa un contraste entre quienes laboran en áreas asistenciales, de ellos, mayoritariamente con un 39% están de acuerdo; mientras entre quienes laboran en áreas administrativas, mayoritariamente están en desacuerdo con un 52%. (Grafico 40)

**Grafico 40. Restitución de saldos de UPC – S al FOSYGA**



El Decreto 132 de 21 de enero de 2010 buscaba reasignar recursos del sector salud, para garantizar la universalidad del aseguramiento, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la sostenibilidad financiera de la afiliación al Régimen Subsidiado. Con referencia a este decreto, los encuestados fueron interrogados sobre si era útil que los recursos del sistema de seguridad social en salud correspondientes al régimen subsidiado, se giren directamente a las aseguradoras sin pasar por los Entes territoriales (pregunta 52), a lo cual

respondieron mayoritariamente con un 44% estar de acuerdo y muy de acuerdo, contra un 32% que se manifestaron en desacuerdo y muy en desacuerdo (Tabla 15). Quienes mas de acuerdo estuvieron fueron: aquellos que discutieron el tema con un 54% de ellos, los que laboran en áreas administrativas 52% de ellos, contrastando con un 44% de desacuerdo, siendo el mayor porcentaje a su vez de desacuerdo en esta pregunta.

**Tabla 8. Pago directo a aseguradores**

| <b>Pregunta #52 ¿Es útil que los recursos del sistema de seguridad social en salud correspondientes al régimen subsidiado, se giren directamente a las aseguradoras sin pasar por los entes territoriales?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>   | 7                 | 8,24%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 16                | 18,82%            |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 21                | 24,71%            |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 14                | 16,47%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 20                | 23,53%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 7                 | 8,24%             |
| <b>Total</b>   | 85                | 100,00%           |

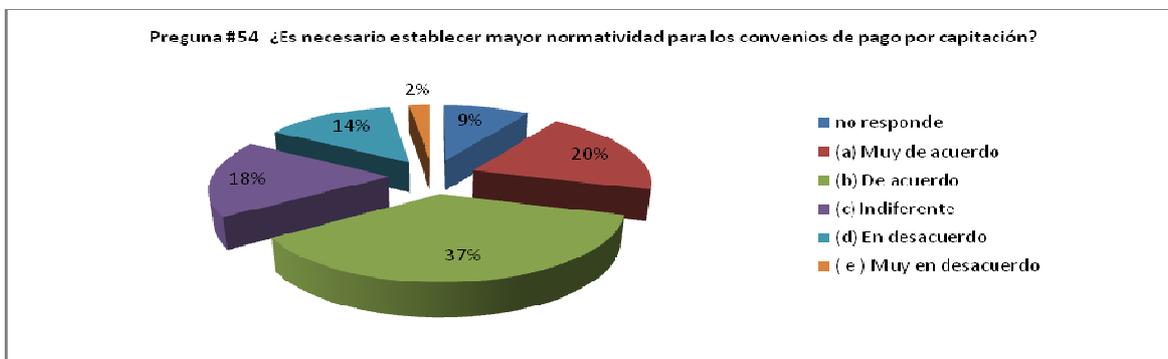
El 41% de los encuestados, consideró que no es conveniente crear un patrimonio autónomo para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, donde se recaudarían todos los aportes que lo cofinancian. Patrimonio que sería manejado por el Gobierno Nacional (pregunta 53), también un porcentaje que consideramos alto, casi el 19% lo considera intrascendente (Tabla 16). Al igual que en la pregunta anterior en quienes ejercen funciones administrativas se observa el mayor contraste, aquí es entre ellos donde está el mayor porcentaje de desacuerdo con un 56%, pero a su vez el mayor porcentaje de acuerdo con un 41% de ellos.

**Tabla 9. Patrimonio autónomo**

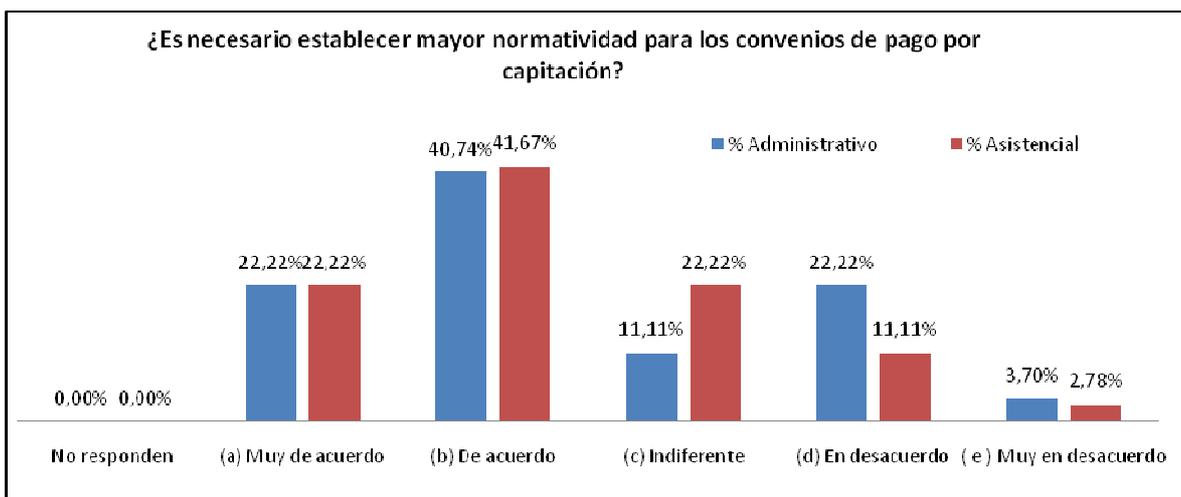
| <b>Pregunta #53 ¿Es conveniente crear un patrimonio autónomo para el manejo de los recursos del régimen subsidiado, donde se recaudaran todos los aportes que lo cofinancian. Patrimonio que será manejado por el Gobierno Nacional?</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>no responde</b>   | 7                 | 8,24%             |
| <b>(a) Muy de acuerdo</b>  | 8                 | 9,41%             |
| <b>(b) De acuerdo</b>  | 19                | 22,35%            |
| <b>(c) Indiferente</b>   | 16                | 18,82%            |
| <b>(d) En desacuerdo</b>   | 23                | 27,06%            |
| <b>( e ) Muy en desacuerdo</b>   | 12                | 14,12%            |
| <b>Total</b>   | 85                | 100,00%           |

Con el Decreto 133 de 21 de enero de 2010, se adoptaron medidas con fuerza de Ley que permitían tener mecanismos para regularizar y agilizar el flujo de recursos entre pagadores y prestadores de servicios de salud, corrigiendo fallas y demoras Injustificadas. Así como mejorar la gestión de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, contrarrestando la grave situación que enfrentaban las empresas sociales del Estado. Sobre este respecto, el 56% estuvieron de acuerdo y muy de acuerdo con que era necesario establecer mayor normatividad para los convenios de pago por capitación (pregunta 54) (Grafico 41). Quienes más lo estuvieron, fueron quienes trabajan en actividades asistenciales con un 64% de ellos (Grafico 42).

**Grafico 41. Convenios de pago por capitación**



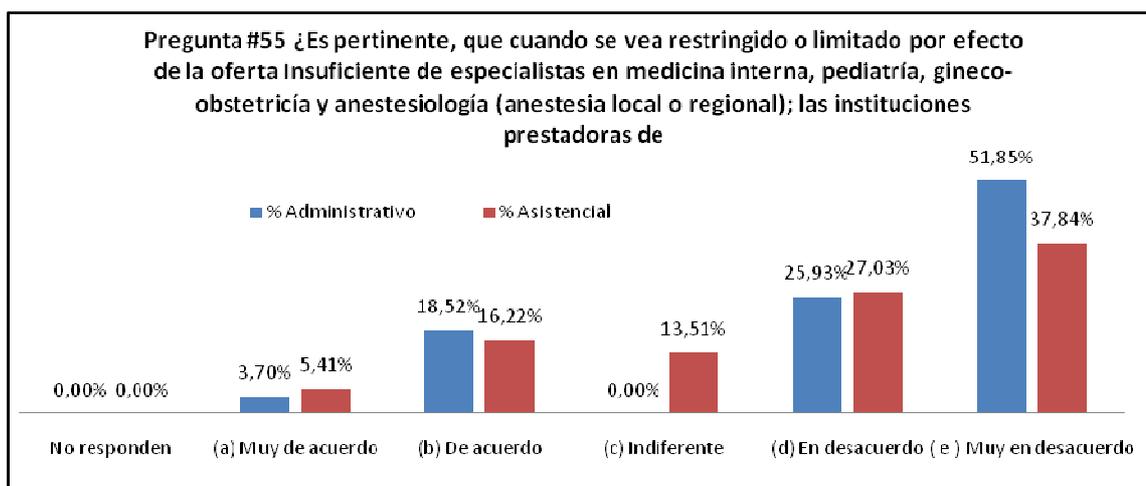
**Grafico 42. Pagos por capitación. Opinión según área de desempeño**



En una proporción muy alta, los encuestados estuvieron en desacuerdo 26% y muy en desacuerdo 34%, para un 60% con que era pertinente, que cuando se vea restringido o limitado por efecto de la oferta insuficiente de especialistas en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y anestesiología (anestesia local o regional); las instituciones prestadoras de servicios de salud, puedan prestar el servicio a través de médicos generales con entrenamiento para que realice actividades de baja y mediana complejidad (pregunta 55). En general por grupos

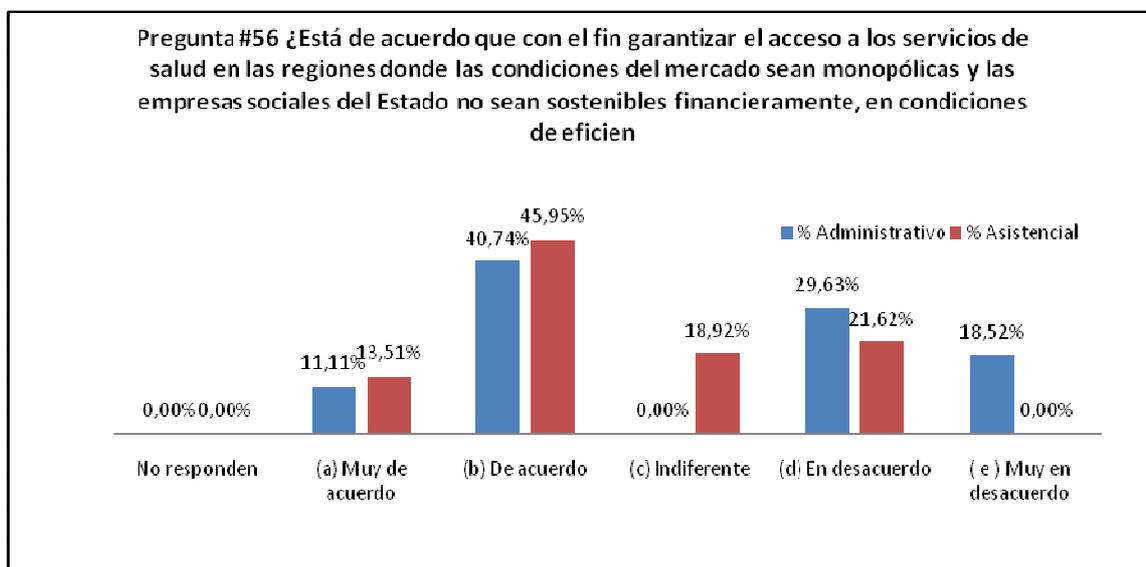
la desaprobación fue muy alta, pero es mucho más llamativo en quienes cumplen funciones administrativas, entre quienes el 78% no están de acuerdo y entre estos el 52% muy en desacuerdo. Aun que en desacuerdo, pero en una proporción menor, están los que cumplen funciones Asistenciales, con un 65%.(Grafico #43)

**Grafico 43. Médicos generales en atención especializada**



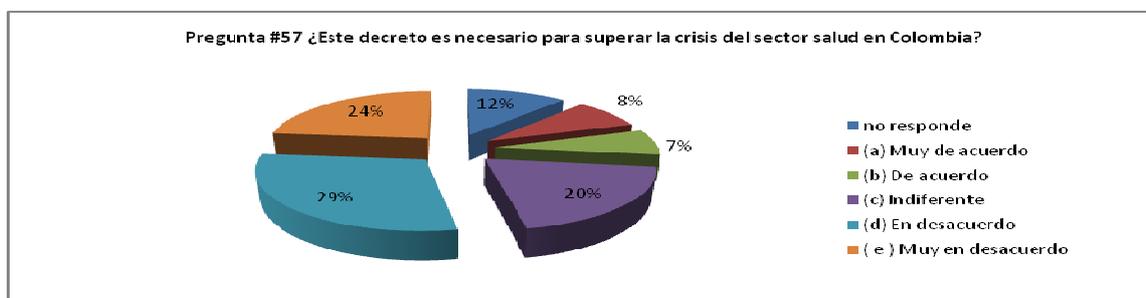
El 49% de los encuestados están a favor, que con el fin garantizar el acceso a los servicios de salud, en las regiones donde las condiciones del mercado sean monopólicas y las empresas sociales del Estado no sean sostenibles financieramente en condiciones de eficiencia, las entidades territoriales podrían cofinanciar la gestión de dichas entidades (pregunta 56). Aquellos que discutieron los decretos en grupos de trabajo con un 70% y quienes se consideran concedores de ellos con un 58%, son quienes más de acuerdo estuvieron. Igualmente se manifestaron positivamente quienes laboran en lo asistencial con un 60%. Quienes más en desacuerdo estuvieron, fueron aquellos que laboran en lo administrativo, con un 49% (Grafico 44).

### Grafico 44. Financiación a ESE por entes territoriales



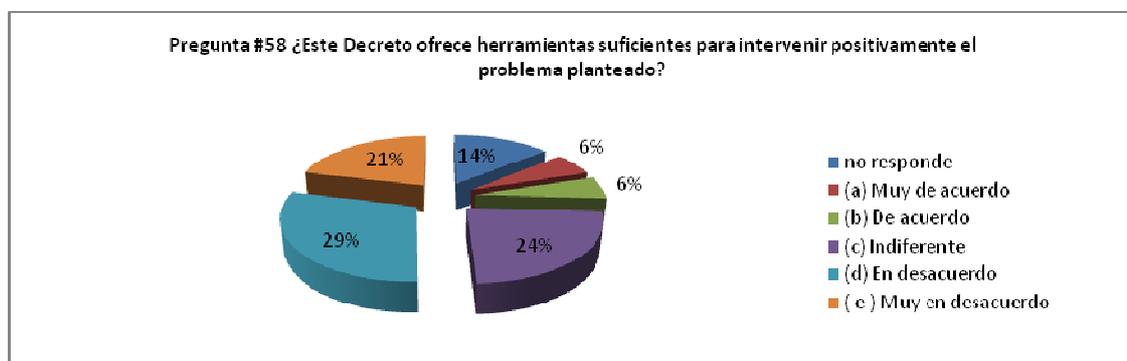
Con el Decreto 135 de enero 21 de 2010, se pretendió distribuir recursos del fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado (FRISCO), para el fortalecimiento de la Política Nacional, para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto. Los encuestados consideran en un 53% que este decreto no era necesario para superar la crisis del sector salud en Colombia (pregunta 57) y un 20% lo consideran intrascendente (Grafico 45). Esta es una posición constante en todos los grupos, solo varía en aquellos que solo conocieron los decretos por medios de comunicación de entre los cuales, el 41% consideran este decreto intrascendente para el sistema.

### Grafico 45. Fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado FRISCO



A demás, el 51% están en desacuerdo y muy en desacuerdo, con que este Decreto ofrece herramientas suficientes para intervenir positivamente el problema planteado (pregunta 58), adicionalmente un 23.5% lo consideran intrascendente (Grafico 46). El 70% de quienes discutieron el tema en grupos o en aulas de clase se manifestaron en desacuerdo y muy en desacuerdo.

**Grafico 46. Fondo para la rehabilitación, inversión social y lucha contra el crimen organizado FRISCO**



## **DISCUSION**

Es muy llamativo que el 19% de los entrevistados acepten que no conocieron los Decretos, y que un 6% adicional, solo conteste algunas preguntas, esto sumado a que, de aquellos que manifiestan haber conocido estas normas, el 29% lo hicieron solo a través de medios de comunicación, genera una gran inquietud sobre la convicción real que tienen los encuestados de la utilidad o no de estas normas. En forma mayoritaria, quienes se están formando en posgrados administrativos relacionados con la salud, consideraron con respecto al Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009 (Decreto madre), mediante el cual se declaró el estado de emergencia social, con el fin de afrontar la crisis financiera del sector salud, que este Decreto no era necesario, pero más contundentes fueron, al considerar que no contenía herramientas suficientes para intervenir positivamente la crisis financiera del sector. Sin embargo surge una gran contradicción cuando en el desarrollo del cuestionario, al ser enunciadas las preguntas y en ellas hacerse un pequeño resumen de los temas tratados en los Decretos, en un alto número de ellos, paradójicamente se encuentra aprobación.

Con respecto al Decreto 073 de enero 18 de 2010 en el que se expidieron medidas excepcionales, con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales, que permitirían financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, consideraron que este no era necesario; pero con más fuerza se evidencia la opinión que estos recursos no impactarían el sistema. Llama la atención la desconfianza hacia el gobierno nacional, expresada en la negativa a que estos recursos fueran administrados en un patrimonio autónomo a cargo de la Nación y la convicción que este Ente no sería ágil en la depuración y aval de las cuentas para este fin.

Sobre el Decreto 074 de enero 18 de 2010 con el cual se intentaba introducir modificaciones al esquema actual de reconocimiento y pago de la atención de las víctimas de accidentes de tránsito, con el fin de centralizar en las aseguradoras, la responsabilidad de la administración del Fondo del Seguro de Accidentes de Tránsito - Fonsat, y generar una cobertura con cargo al Fonsat, adicional a la que venían asumiendo las aseguradoras, la cual se venía realizando con cargo a los recursos del SGSSS. Si bien, consideran los encuestados que si causa un déficit al sistema el que el FONSAT, no se haga cargo de la atención integral de los eventos causados por accidentes de tránsito, los encuestados no consideran de mucho impacto para el sistema, el que se modifique este esquema actual.

Con el Decreto 075 del 18 de enero del 2010, se intentó adoptar medidas para la solución de las controversias presentadas entre los diferentes actores del sistema y garantizar que los recursos que por múltiples razones no se han utilizado, se ejecuten y así cumplan su finalidad constitucional. Consideraron los encuestados, que sí se requería una norma para dirimir estos conflictos y que la que se expidió, sí sería efectiva, pero este criterio si bien es mayoritario, no es contundente, parecería que los encuestados no consideraran este, como un tema fundamental de la crisis del sector ni de las posibles soluciones a ella.

Consideraron los encuestados como muy necesario el Decreto 126 de 21 de enero de 2010, con él, se buscó adoptar medidas tendientes a fortalecer los mecanismos de protección efectiva del derecho a la salud de las personas. Así como robustecer las actividades de inspección, vigilancia y control (SIVC) vigentes, para que la Superintendencia Nacional de Salud pueda constituirse como el eje integrador del mismo, con el fin de garantizar la prestación efectiva del servicio de salud y la preservación de los recursos del SGSSS. Intervenir el precio de los medicamentos, funciones jurisdiccionales y administrativas para la Superintendencia y facultades de intervención inmediata, tienen una altísima

aceptación. En términos generales, los encuestados consideran necesario mayores mecanismos de control y sanción, inclusive al personal asistencial.

Aquellos que laboran en áreas asistenciales, son quienes menos temor le tienen a las sanciones por la prestación de servicios en forma inoportuna o inadecuada y por el contrario abogan por un control más estricto.

Con el Decreto 127 de 21 de enero de 2010, se buscaba modificar el impuesto sobre las ventas aplicable a la cerveza, los juegos de suerte y azar, consumo de licores, vinos, aperitivos y similares, y de cigarrillos y tabaco elaborado, destinando por lo menos, los mayores ingresos generados a la salud. Sobre lo cual hay favorabilidad en la necesidad de este Decreto. Mas sin embargo, hay una gran desconfianza en que ello sirva para afrontar la crisis. Es recurrente el criterio entre los encuestados, de no considerar que la crisis del sistema corresponda a falta de financiación.

Es precario el respaldo para la creación de la clasificación de servicios excepcionales, hecha en el Decreto 128 del 21 de enero del 2010, teniendo en cuenta que una buena parte del incremento en los servicios no incluidos en el POS, corresponde a aquellos que exceden los contenidos del régimen contributivo, sobre los cuales se había advertido la necesidad de expedir una adecuada reglamentación y que cuenten con una debida fuente de financiación. Se respalda la adopción de medidas para proteger el acceso a los servicios de salud, y a las prestaciones excepcionales en salud, evitando la necesidad de acudir al juez de tutela; pero hay una gran oposición para que algunos costos de servicios sean responsabilidad de los usuarios. De igual forma, hay una gran desconfianza en que con esta medida se garantice la prestación de los llamados servicios excepcionales e igualmente que ella contribuya a cubrir el déficit en la prestación de estos servicios.

Se consideró por parte de los encuestados, necesario y útil, que el Gobierno Nacional adoptara de manera urgente y preventiva, medidas integrales que le permitieran ejercer un control eficaz a la evasión y la elusión en el pago de las cotizaciones y aportes al sistema, para garantizar su sostenibilidad financiera, tal como lo buscaba el Decreto 129 del 21 de enero del 2010, a través de acuerdos de pago y de mayor control a la contratación por vía de las cooperativas.

En forma similar a lo sucedido con el Decreto 127 de 21 de enero de 2010, se mantiene la tendencia por parte de los encuestados, de no atribuirle la crisis financiera del sistema de salud, a una posible falta de recursos. Así se observa cuando no predomina una aceptación mayoritaria al Decreto 130 de la misma fecha, en el que el Gobierno Nacional, consideró necesaria la adopción de medidas excepcionales para optimizar los recursos existentes y generar nuevos recursos originados en la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, como arbitrio rentístico, con el fin de que se incorporen en el flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la financiación de los servicios que éste cubre; como no consideraron que esta medida generaría nuevos y suficientes recursos para al sistema.

Si bien entre los encuestados, hay mayor aceptación para que el sistema técnico - científico, establecido en el decreto 131 del 21 de enero del 2010, haga el control, seguimiento y evaluación a las prestaciones de los servicios de salud, y consideran además que ello traería mayor bienestar social, creen que los principios basados en la aplicación del método científico y la obligatoriedad del cumplimiento de estos, atentarían contra la autonomía e independencia intelectual de los profesionales. Pero a pesar de este criterio, no hay una preocupación predominante por la obligatoriedad de su cumplimiento y por las sanciones que puedan acarrear el no hacerlo. En igual sentido, consideran que establecer sanciones pecuniarias, no mejorará la calidad y la oportunidad de los servicios prestados por los profesionales de la salud.

Sobre este mismo decreto (131), creen los profesionales estudiantes de posgrado en áreas administrativas, que es el ministerio de la protección social, quien debe definir las atenciones incluidas en el plan obligatorio de salud. Igualmente consideran adecuada la posibilidad de unificar los planes de beneficios, pero son contundentes en la negación a la posibilidad que estos planes, puedan ser disminuidos o en su defecto, se deba aumentar la base de cotización del régimen contributivo. No se marca una opinión mayoritaria a favor o en contra de la exclusión del POS de procedimientos experimentales.

El Decreto 132 de 21 de enero de 2010, buscaba reasignar recursos del sector salud, para garantizar la universalidad del aseguramiento, la continuidad en la prestación de los servicios de salud y la sostenibilidad financiera de la afiliación al Régimen Subsidiado, a través de la creación de un patrimonio autónomo que manejara los recursos del régimen subsidiado. No se logra identificar si el desacuerdo marcado es con la creación de este patrimonio, o con la posibilidad que este sea manejado por el Gobierno Nacional. Si nos sujetamos a la tendencia con respecto a los otros Decretos, posiblemente sea esta última opción la que genera el rechazo.

En cuanto a la regulación del ejercicio de los prestadores de salud, establecido en el Decreto 133 de 21 de enero de 2010, donde se adoptaron medidas con fuerza de Ley que permitían tener mecanismos para regularizar y agilizar el flujo de recursos, entre pagadores y prestadores de servicios de salud, corrigiendo fallas y demoras injustificadas. Así como mejorar la gestión de las Instituciones prestadoras de servicios de salud, contrarrestando la grave situación que enfrentaban las Empresas Sociales del Estado. Hay una negativa marcada a facilitar la posibilidad que profesionales de salud entrenados, presten servicios especializados, donde no haya el recurso. Se evidencia aquí, una de las posibles

causas del déficit en la oportunidad de los servicios en las regiones diferentes a las capitales.

Es aceptada la posibilidad de establecer mayor normatividad para regular los convenios de pago por capitación y para que los entes territoriales cofinancien la gestión de las ESE, cuando estas sean prestadores únicos y las condiciones del mercado, no las haga sostenibles.

Aun que por parte de los encuestados, fueron muchas las anotaciones, cincuenta (50) en total, con respecto a temas que en concepto de ellos, deberían ser intervenidos para impactar positivamente el Sistema de Protección Social en Salud colombiano, solo 4 manifestaron la necesidad de establecer un sistema de información real y oportuno, que le permitiera al sistema actuar con oportunidad y mayor grado de certeza. Las otras 46 observaciones, estaban incluidas en los temas materia de los decretos y del cuestionario, en lo que mas énfasis hicieron fue: la necesidad de mayor transparencia en la gestión del recurso económico, tanto en el sector público como en el privado; mecanismos de vigilancia y control; formación, empleo y remuneración del recurso humano en salud; y la necesidad de enfocar el sistema hacia la promoción y prevención.

## CONCLUSIONES

1. No existe entre quienes deberían tener interés por el tema, un conocimiento amplio y suficiente de la normatividad que regula e interviene sustancialmente el sistema general de seguridad social en salud. En gran medida esta es la causa para que la reacción pública, haya sido marcadamente desfavorable a estos Decretos
2. La vía para enfrentar la crisis financiera del sector salud y para transformarlo, no era decretando la Emergencia Social.
3. Muchos de los decretos expedidos al amparo de la Emergencia Social, se consideran como útiles y necesarios.
4. La crisis del sistema no radica en la falta o la necesidad de más y nuevos recursos o fuentes de financiación para el sistema, incluso se considera que las medidas en este orden, poco impactarían en la situación de crisis.
5. Son muy necesarias Mayores herramientas de inspección, vigilancia y control; mayores facultades a la Superintendencia Nacional de Salud, más delegación de funciones y desconcentración de esta.
6. El Gobierno Nacional debe ser el responsable de la definición de estándares de calidad, elaboración de protocolos, diseño de políticas, definición de criterios de inclusión o exclusión de ciertos servicios del Plan Obligatorio de Salud; regulación de precios de insumos, medicamentos y materiales; pero no, en materia de manejo de recursos y de agilidad para avalar o certificar sobre ciertos temas.

7. Es necesario el establecimiento de protocolos y guías de atención, empero es poco trascendente para el sistema y atentatorio contra la autonomía e independencia intelectual del profesional, la obligatoriedad de ceñirse a ellas y la posibilidad de establecer sanciones por su no acatamiento.
8. Los profesionales del sector salud y en especial quienes se desempeñan en áreas asistenciales, no le temen a la posibilidad de mayores controles y sanciones pecuniarias o penales, por casos de falta de atención, atención inoportuna o errores técnicos. Sin embargo quienes laboran en áreas administrativas si manifiestan temor ante estas circunstancias.
9. No es justificable la opción de unificar el Plan Obligatorio de Salud, con base en la posibilidad de disminuir el Plan de Beneficios o aumentar la base de cotización del régimen contributivo.
10. Hay una marcada negación, para que quienes no tengan la formación profesional o especializada formalmente, puedan prestar servicios de mayor complejidad, así tengan un entrenamiento básico y aun no exista en la región el personal calificado para brindar dicho servicio.
11. Son muchas las medidas que siendo aprobadas por la opinión pública y por quienes dirigen y laboran en el sector salud, que después de haber sido declaradas inexecutable, aun no han sido recogidas e implementadas vía Ley de la Republica, como si lo fueron aquellas relacionadas con monopolios rentísticos de juegos de suerte y azar e impuestos a licores y tabacos, medidas estas que paradójicamente son consideradas las menos necesarias y las que menor impacto causarían.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Constitución Política de Colombia. Asamblea Nacional Constituyente, Santa fe de Bogotá D.C, 1991.
2. Ley 100 de 1993, “Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones”.
3. Plan de desarrollo Nacional 2002-2006, Republica de Colombia. Bogotá 2002.
4. Plan de desarrollo Nacional 2006-2010, Republica de Colombia. Bogotá 2006.
5. Ley 1122 de 2007, “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.
6. Ley 1393 de 2010, “Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones”.
7. Ley 1438 de 2011, “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”.

8. Decreto 4975 del 23 de diciembre del 2009, "Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social". Presidencia de la República de Colombia
9. Decreto 073 de enero 18 de 2010, "Por el cual se expiden medidas excepcionales con el fin de liberar recursos de los saldos excedentes del Situado Fiscal y del Sistema General de Participaciones - Aportes Patronales que permitan financiar la atención a la población pobre no asegurada y los eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, y se dictan otras disposiciones". Presidencia de la República de Colombia
10. Decreto número 074 de enero 18 de 2010, "Por medio del cual se introducen modificaciones al Fondo de Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito - FONSAT- y se dictan otras disposiciones" . Presidencia de la República de Colombia
11. Decreto 075 del 18 de enero del 2010, "Por el cual se expiden disposiciones para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.". Presidencia de la República de Colombia
12. Decreto 126 de 21 de enero de 2010, "Por el cual se dictan disposiciones en materia de Inspección, Vigilancia y Control. de lucha contra la corrupción en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se adoptan medidas disciplinarias, penales y se dictan otras disposiciones". Presidencia de la República de Colombia
13. Decreto 127 de enero 21 de 2010, "Por el cual se adoptan medidas en materia tributaria". Presidencia de la República de Colombia.
14. Decreto 128 del 21 de enero del 2010, "Por medio del cual se regulan las prestaciones excepcionales en salud y se dictan otras disposiciones.". Presidencia de la República de Colombia

15. Decreto 129 del 21 de enero 2010, "Por medio del cual se adoptan medidas en materia de control a la evasión y elusión de cotizaciones y aportes al sistema de la protección social, y se dictan otras disposiciones". Presidencia de la República de Colombia
16. Decreto número 130 de enero 21 de 2010, "Por el cual se dictan disposiciones del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar, en desarrollo del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009.". Presidencia de la República de Colombia
17. Decreto número 131 de enero 21 de 2010 Por medio del cual se crea el Sistema Técnico Científico en Salud, se regula la autonomía profesional y se definen aspectos del aseguramiento del plan obligatorio de salud y se dictan otras disposiciones ". Presidencia de la República de Colombia
18. Decreto 132 del 21 de enero de 2010, "Por el cual se establecen mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el Régimen Subsidiado de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones". Presidencia de la República de Colombia
19. Decreto 133 de 21 de enero de 2010, "Por el cual se adoptan medidas tendientes a garantizar el acceso, oportunidad, continuidad, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud, y se dictan otras disposiciones". Presidencia de la República de Colombia
20. Decreto 134 de 21 de enero de 2010, "Por el cual se modifica el Presupuesto General de la Nación para la vigencia fiscal de 2010". Presidencia de la República de Colombia
21. Decreto 135 enero 21 de 2010, "Por medio del cual se distribuyen recursos del FRISCO para el fortalecimiento de la Política Nacional para la Reducción

del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto y se dictan otras disposiciones”. Presidencia de la República de Colombia

22. Sentencia T-595/2002. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2002

23. Sentencia T-859/2003. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2003

24. Sentencia T-760/2008. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2008

25. Sentencia C-252/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

26. Sentencia C-253/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

27. Sentencia C-254/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

28. Sentencia C-255/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

29. Sentencia C-288/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

30. Sentencia C-289/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

31. Sentencia C-290/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

32. Sentencia C-291/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010

33. Sentencia C-292/10. Corte Constitucional de Colombia. Bogotá, 2010
  
34. La tutela y el derecho a la salud, periodo 2003-2005, Defensoría del Pueblo. Volmar Antonio Pérez Ortiz, Bogotá, 2007
  
35. PELÁEZ QUINTERO, Jaime Alberto. 2009. El negocio de la salud en Colombia, Medellín: 1. ed. Editorial DIKE, 2009
  
36. Concepto numero 4921 del 2 de marzo de 2010, a la Honorable Corte Constitucional, sobre el decreto 4975 de 2009. Procurador General de la Nación, Bogotá, 2010
  
37. Pronunciamiento sobre la declaratoria de emergencia social en salud del 14 de diciembre de 2009, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica "Héctor Abad Gómez", Medellín, 2009