

**I CONGRESO ONLINE Internacional sobre Economía y Cambio  
Climáticodiciembre de 2016**

**LA CRISIS DE A SALUD Y SU INCIDENCIA EN EL MEDIO AMBIENTE Y EL  
DESARROLLO  
ECONÓMICO SOSTENIBLE DE COLOMBIA.**

Por: Benjamín Castillo Osorio.

Jesús David Castillo Peñates

Jorge Alberto CHaar Herrera

Desde tiempos inmemoriales, se ha venido haciendo cierto tipo de consideración que la salud va por su lado, la afectación del medio ambiente y la economía y su desarrollo por otro, es decir haciendo ver que la lo más saludable por razones éticas, la economía, la salud y la conservación y preservación del medio ambiente deben ir de la mano, ; sin embargo, cada vez, con mayor frecuencia, se encuentra con la literatura médica y toda la terminología que se relaciona con la evaluación económica de intervención en la salud pública y privada, pero es importante recordar que en Colombia desde hace más o menos unos 50 años, se viene registrando un incremento vertiginoso de los servicios de la salud, al igual que la necesidad de aumentar el acceso a los servicios de salud, pues como es lógico el crecimiento desorbitado de la población trae como

consecuencia una mayor demanda de servicios de la salud y por consiguiente una mayor ineficiencia en el uso racional de los recursos, que como se sabe cada vez se vuelven más escasos y las necesidades crecen en forma exponencial, es aquí en este punto donde deben concertar el administrador de los recursos o gerente, el médico científico y el epidemiólogo, lo que conlleva a reflexionar frente a esta problemática, pues como se sabe la salud, el medio ambiente y la economía van de la mano, también es claro que en todas las partes del mundo, los recursos disponibles para la salud, nunca son ni serán suficientes para atender las múltiples calamidades de la humanidad, inclusive ni en los países altamente desarrollados o denominados industrializados, tales como estados unidos, Canadá, Inglaterra, Francia y muchos de la unión europea, son éstos los más llamados a tomar decisiones que permitan en parte resolver este problema de nunca acabar, por tanto Colombia no escapa a ello, como tampoco puede eludir la responsabilidad que le cabe a los gobernantes de turno, de otro lado, como acompañante a esta situación se suma el problema de la corrupción en todos los niveles, que es uno de los flagelos que atraviesa el mundo en general, lo cual contribuye a agravar aún más la problemática de la salud, la conservación y preservación del medio ambiente, llevándola a una crisis aguda donde no se vislumbra una salida viable, como resultante de esta mescolanza de problemas, no puede llegar a otra parte sino al despropósito de derrochar los recursos destinados a la salud de más de 47 millones de compatriotas, que de una u otra manera sufren el coletazo del robo y atraco de los dineros de los asociados, por otra parte salta a la vista la incapacidad, la ineptitud que se traducen en ineficiencias en el uso de los pocos recursos que se destinan al sistema. es importante tener en cuenta, que en nuestro país, no todos los

demandantes de salud o sea los pacientes que por necesidad imperiosa acuden a los centros asistenciales, son atendidos en forma oportuna y eficiente, ya que quienes se encuentran al frente de la prestación de los servicios, dedican los pocos recursos a curar que a prevenir las distintas enfermedades que aquejan a un amplio sector de la población en nuestro país, es aquí entonces donde el sistema debe operar en orden de prioridades para ajustar y corregir las fallas de los directivos que manejan la salud con criterio y decisiones de orden politiquero y corrupto.

Vale la pena mencionar que el desarrollo de investigaciones y evaluaciones económicas en el país ha ido creciendo en los últimos diez años pero aún hay un largo camino por recorrer, es necesario promover una mayor sensibilización a los clínicos y a los investigadores en general, de manera que entiendan el gran potencial que estos análisis tienen en las decisiones sobre el gasto.

Todo lo anterior se reafirma con lo que dice: (Williams, 2013) “los cuales lograron entablar un diálogo entre dos disciplinas, aparentemente tan distantes para su época, medio siglo más tarde no sólo es conveniente sino inaplazable este diálogo entre quienes toman las decisiones últimas sobre los recursos públicos y privados. El clínico y el economista deben articular sus esfuerzos para que estos recursos lleguen cada vez más y mejor a más ciudadanos. Esto es, en último término, un imperativo ético. Frente a las ilimitadas necesidades en salud y la creciente demanda de servicios, es claro en todos los países del mundo que los recursos disponibles no son ni serán suficientes y en muchos de ellos, tales como Canadá y la Unión Europea, se están buscando y tomando decisiones a esta problemática. Es así que la crisis del sistema de salud de Colombia no es una situación aislada, esto es un problema estructural de vieja data, pero no se

puede dejar de lado las repercusiones que tienen tanto la destrucción del medio ambiente y como esto incide directamente sobre el crecimiento y desarrollo del País, pues sin salud no puede haber producción, y en consecuencia menos ingresos, menor demanda, más desempleo etc., etc., dado que el eje central de esta problemática es la corrupción liderada por la clase dirigente política del país, quien determina a quien le entregan la salud de los que pagamos impuesto y para que a cuenta de esto se enriquezcan cada día más y que los pobres mueran más rápido y en proporción geométrica, tal como está ocurriendo en departamentos como la Guajira, Chocó y Córdoba entre otros, Sin embargo, en Colombia además de compartir esta problemática mundial, se suman temas de corrupción pública y privada, junto con falta de coherencia filosófica y técnica en el abordaje de la problemática de salud de los más de 47 millones de habitantes. El resultado de esta mezcla no puede ser otro que una feria del derroche y de la ineficiencia en el uso de los cuantiosos recursos que los colombianos hemos decidido destinar al sistema. Es claro que no todos los pacientes acceden a los servicios y que el sistema dedica decenas de veces más recursos a lo curativo que a la promoción y prevención de la salud, que de hacerse juiciosamente la segunda, disminuiría sustancialmente la necesidad de la primera". Las decisiones son inaplazables. Los análisis de costo efectividad benefician a todos los actores del sistema. En primer lugar, favorecen a los pacientes en la medida en que aumenta su acceso a los tratamientos y además porque se incluye el impacto de éstos sobre su calidad de vida. En segunda instancia, beneficia a las instituciones prestadoras de servicios aumentando su eficiencia y por ende haciéndolas más competitivas al tiempo que mejora su prestigio frente a la comunidad que atiende. En tercer plano, contribuye a los pagadores ya que

obtienen más y mejores resultados por cada unidad de recurso pagado y por último, ayuda a la sociedad y al sistema en general ya que esto deberá verse reflejado en el gasto agregado, permitiendo una mejor redistribución del mismo entre las múltiples necesidades sociales. Es en la medida en que estos beneficios recaen sobre todos los actores, en que todos ellos deberían participar en el desarrollo e implementación de estas evaluaciones. Es desde la perspectiva de cada uno de ellos, que se puede impulsar y enriquecer el desarrollo de estas investigaciones.

(PUBMED, 1964), Es importante tener en cuenta que esta revista, registra 79.719 publicaciones que incluyen el término cost-effectiveness, de los cuales 49.117 han sido publicados desde el año 2000. Este volumen de publicaciones tiene una marcada tendencia a aumentar año por año. Lo que en últimas hace la evaluación económica de servicios de salud es relacionar los resultados en términos de efectividades con los recursos que fueron invertidos en la búsqueda de éstas y comparar dichos resultados con los de los tratamientos alternativos; en otras palabras, evaluar cuál de los manejos médicos analizados maximiza mejor los recursos empleados. Junto con el auge de los estudios de evaluación económica y de la mano de éstos, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud ha ido adquiriendo fuerza y mucha importancia dentro del contexto de la economía mundial, incluso en los estudios clínicos puros. Ya no sólo es importante saber cómo son las efectividades de las intervenciones médicas en términos clínicos y epidemiológicos, sino además en el impacto que esas intervenciones generan en la calidad de vida de los pacientes, dado que cada vez más el medio ambiente se deteriora por causa de la crisis de la salud de la cual se deriva una serie de variables macroeconómicas que afectan

directamente al medio ambiente y al crecimiento y desarrollo del país, entre ellas están la contaminación ambiental producida por la disposición de desecho químicos, líquidos y sólidos que salen de los hospitales, Clínicas y todas las entidades que prestan servicios de la salud; cada vez se encuentra con más frecuencia el concepto de años de vida ajustados por calidad, también conocidos como QALYs, por su sigla en inglés. Cuando en evaluación económica se utiliza el concepto de calidad de vida, es más correcto referirse a costo-utilidad y reservar el término de costo efectividad cuando se miden las efectividades en unidades distintas a esta última.

Las evaluaciones económicas se hacen a partir de modelos de decisión analítica, utilizando paquetes de software específicamente diseñados para ello (TreeAge) o pueden ser construidos en otras herramientas informáticas, tales como Excel. Sin embargo, independiente de la herramienta que se decida utilizar, el fundamento de la evaluación económica, es la construcción conceptual del modelo. Siguiendo este orden de ideas básicamente, una evaluación incluye dos tipos de análisis. El primero es el determinístico, el cual es conocido como caso base y cuyos resultados son generados a partir del uso de los valores promedio de las variables tanto de los resultados en salud, llámense efectividades o utilidades, como de los costos. A partir de estos resultados se hacen análisis de sensibilidad univariado o bivariado o por escenarios, con el objetivo de evaluar la sensibilidad del resultado a cambios de valor en las principales variables. El segundo componente es el análisis de sensibilidad probabilístico, en el cual se utilizan valores aleatorios dentro de las distribuciones probabilísticas de cada una de las variables. Para ello se utilizan simulaciones de Montecarlo, permitiendo que se produzca un número grande de resultados (1.000 o más). La

mayor o menor dispersión de estos resultados, medida por los intervalos de confianza, permitirá saber qué tanta robustez tiene el modelo de evaluación económica que se está utilizando y si los resultados tienen capacidad predictiva.

## **LA CRISIS DE LA SALUD ES AHORA TAMBIÉN UNA...**

### **Calamidad pública y deterioro del Medio ambiente.**

No se necesita buscar una pitonisa, para que diga que es lo que está ocurriendo en la Alta Guajira, con relación a la problemática de la salud en Colombia, sobre todo con la es considerada una emergencia de desarrollo lento, con sucesivas crisis que van profundizando la situación de escasez.

Las autoridades departamentales declararon a mediados de 2014 el Estado de calamidad pública, que todavía sigue vigente.

Todd Howland, representante en Colombia de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, ve una gran contradicción entre los niveles de crecimiento de Colombia (más de 4% anual en los últimos cuatro años) y la situación que se vive en La Guajira.



Fuente: Informe Secretaria Salud de Riohacha- 2014

"Este es un país que es casi de ingreso medio alto y hay niños muriendo por desnutrición", le dijo a BBC Mundo.

En lo que va del año, en La Guajira se reportaron 11 muertes de niños menores de cinco años cuya causa probable es desnutrición (el mayor porcentaje de Colombia), según el último boletín epidemiológico del Instituto Nacional de Salud (INS); en todo 2014 fueron 48.

El problema con las cifras, dice Gustavo Valbuena, líder de la organización Wayuu Araurayu es que "se mueren niños y ancianos y simplemente no los registran", las familias no avisan.

## Desnutrición aguda

En la zona de Siapana, América González, cuenta que tres de sus hijos murieron por desnutrición hace seis o siete años.

Sus dos hijos menores sufrieron desnutrición aguda y, aunque se recuperaron, siguen en riesgo de volver a padecerla.

"A medianoche me siento a pensar qué voy a hacer con mis hijos", le dijo con preocupación a BBC Mundo.



Image copyright - Image caption 2014201a hija menor de América González sufrió desnutrición aguda...20



Image copyright BBC WORLD SERVICE Image caption .. y su más pequeño hijo varón, también.

Un informe de 2014 la Defensoría del Pueblo de Colombia estimaba en 40.000 las personas en situación de hambruna en la Alta Guajira; 70% niños y mujeres.

El gobierno envió raciones alimentarias de emergencia a la Alta Guajira a mediados de ese año.

Pero, dicen los habitantes locales, sólo alcanzó para una semana y no enviaron más

## La frontera con Venezuela

La falta de agua es una de las causas de una crisis alimentaria que terminó de rebosar cuando, hace más de un año, Venezuela comenzó a restringir el paso de productos hacia Colombia.



Image copyright -E Image caption Los wayuu tienen doble nacionalidad históricamente se han movido

## ¿QUIEN PAGA LOS PLATOS ROTOS?

Los problemas del medio ambiente y del desarrollo sostenible, así como sanitarios y alimentarios no son exclusivamente debidos a la escasez o falencias en los servicios de agua.

También hay corrupción, negligencia y mala administración.



Image copyright [VRVICE](#) Image

### COLOMBIA.- LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD

A partir de la Ley 100 de 1993, la salud como servicio en Colombia plantea una dinámica que corresponde a la esencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como negocio, expresión clara de la filosofía neoliberal. Aunque el país dedica hoy más recursos relativos para el sector, la intermediación se lleva una buena tajada, en perjuicio de la calidad del servicio. Además, se niegan servicios incluidos en los parámetros establecidos (Plan Obligatorio de Salud, POS).

Hay tres problemas centrales en el sistema de salud: el primero se refiere a la baja cobertura del régimen contributivo, ligada al régimen económico vigente que

no expande el empleo formal asalariado, lo precariza e impone deterioro salarial a los trabajadores (1); el segundo atañe a la limitada financiación derivada de las restricciones de "la dictadura fiscal", y el tercero corresponde a la corrupción y la débil regulación a los intereses privados, soportadas por un régimen político con fuerte presencia clientelista.

### **Afiliación**

“La evolución de la afiliación al sistema subsidiado demuestra que resultó falso el supuesto de que el empleo asalariado se expandiría tras los 'revolcones' en pro del mercado iniciados por el gobierno de César Gaviria. Se observa que desde 2004 la afiliación del Régimen Subsidiado (RS) supera al del Régimen Contributivo (RC), y no al contrario, como se esperaba. En 2010, el RS ya representa el 47,5 por ciento del total de la afiliación. En este mismo año, la población pobre no cubierta por subsidios a la demanda que hace parte de los vinculados equivalía al 7,5%, es decir, 3.384.061 personas.

Ese comportamiento tiene efecto en la cobertura de afiliación y sobre la sostenibilidad financiera del sistema. Ya en 2008 se observaba que apenas el 23 por ciento del total de afiliados era cotizante. De ahí que cumplir con los propósitos de cobertura universal implica un mayor esfuerzo fiscal; sin embargo, ello no es una constante en el desempeño estatal” (Rodríguez, 2007) Como se observa en los informes del Ministerio de Hacienda, durante el periodo comprendido entre 1994 y 1999 la tendencia de la participación de las transferencias de la nación en salud primero ascienden y luego descienden, a partir los cambios introducidos por la Ley 725 del 2001.

**Cuadro 1**  
**Transferencias de la nación en salud y gasto público en salud**

Año	Transferencias de la nación en salud		Gasto público en salud	
	% del PIB	% del ingreso público	% del gasto público	Per-cápita % del salario mínimo legal vigente
1994	0,6%	6,3%	5,7%	16%
1998	1,0%	9,1%	6,5%	27%
2002	1,1%	8,2%	6,2%	27%
2006	0,9%	6,3%	5,2%	30%
2009	1,0%	6,5%	5,2%	35%

Fuente: Cálculo Fedesalud.

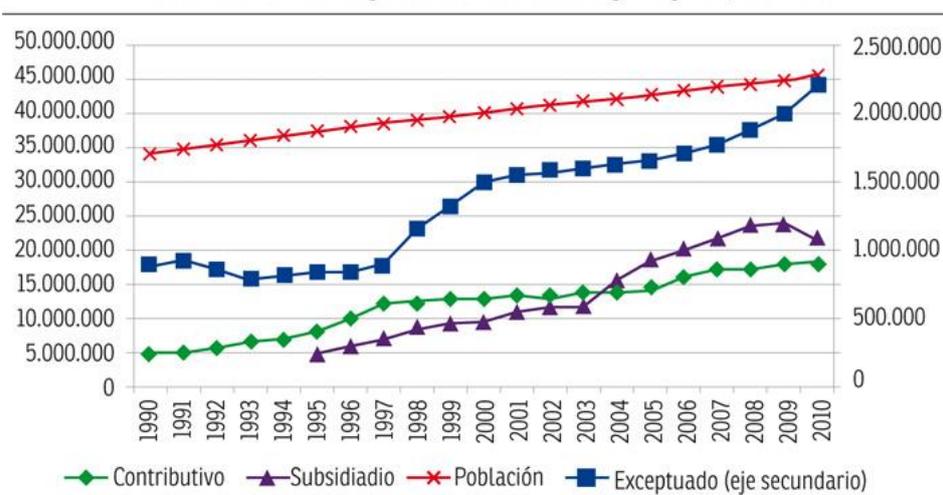
Al disminuir las transferencias y no avanzar en la cobertura por afiliación contributiva, o cuando se generan barreras al acceso, los gastos de bolsillo en salud pasan a representar un porcentaje importante de los ingresos. Tales gastos se expresan en cuotas moderadoras, copagos o compra de servicios de salud (consultas, medicamentos, procedimientos) originados por que la persona carece de afiliación al sistema o por eventos que no pertenecen al Plan Obligatorio de Salud (POS). Según la Defensoría del Pueblo, las cuotas moderadoras y copagos siguen siendo barreras de acceso a los servicios de salud.

Los recursos que la sociedad destinó a salud en 2010 equivalieron a 7,9% del PIB. Esos recursos provienen de cotizaciones o aportes obrero-patronales (26,50 millones de pesos de 2010), Recursos privados (19,50 millones de pesos del 2010), Recursos públicos (54,0 millones de pesos de 2010) para un total, de 42.066 (millones de pesos del 2010).

### **Limitaciones presupuestales**

Sufrir los efectos de las reformas estructurales pro mercado y buscar legitimidad política distribuyendo presupuesto en las regiones donde hay bases electorales importantes determinan los patrones de gasto de los gobiernos a partir de los 90. Ante las restricciones del aumento de los ingresos tributarios, se acude a la deuda como forma de financiamiento; esta opción, además de incidir en el déficit fiscal significa entrar en la lógica de la financiarización o, como lo llama la CEPAL, de dominación financiera, en que el servicio de la deuda representa una parte significativa del presupuesto. En contrapartida, se imponen restricciones al manejo presupuestal de la nación y, por supuesto, al de la salud.

Gráfico 1  
Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud según régimen, 1990-2010

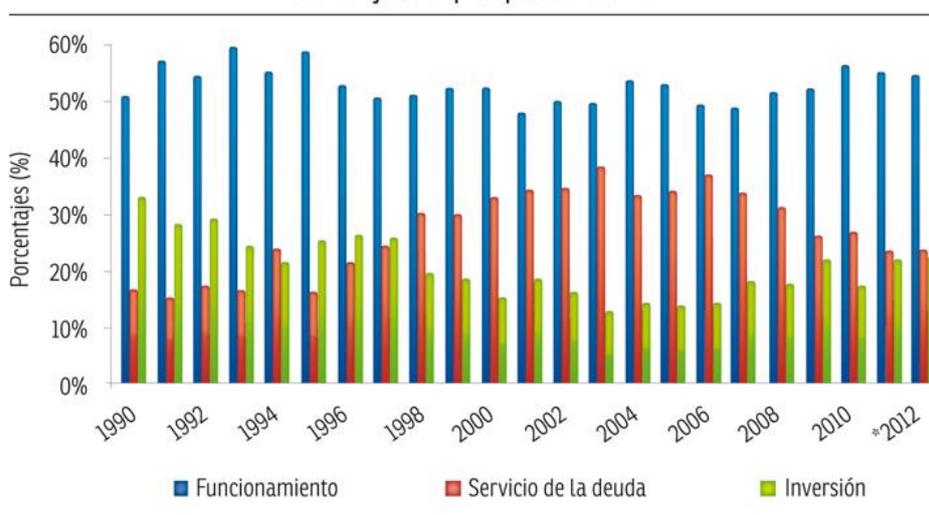


Fuente: Ministerio de la Protección Social. Ajustes Fedesalud.

Los recursos para salud se fijan en el conjunto de prioridades asignadas al presupuesto, que al final es una decisión política de los diversos sectores sociales cuyos intereses se expresan en las fuerzas parlamentarias y el Ejecutivo. Observando la ejecución presupuestal (Gráfico 2), desde cuando se definen las políticas de ajuste estructural –comienzos de los 90 se observa el peso que va ganando el servicio de la deuda. Para 1996, este rubro representaba

el 16,4%. En 2006, el gasto en servicio de la deuda fue de 36,8 del total del presupuesto, y para 2011 de 23,4. Otro rasgo de la ejecución es que el servicio de la deuda supera los gastos de inversión, cuyo comportamiento se registra desde 1999; en 2006, el servicio de la deuda representó el 36,8, mientras la inversión significó sólo el 14,1. Otro componente importante del gasto estatal es el destinado al conflicto armado y el sostenimiento del orden público: Defensa y Policía, según informe de la Dirección General del Presupuesto Público Nacional (Bitácora. Cifras Presupuestales 2000-2012), participó en 2010 con el 22 por ciento y en 2011 con el 21 del total de pagos del gobierno.

Gráfico 2.  
Histórico ejecución presupuestal 1990-2012



Fuente. Cálculos propios con base Dirección General del Presupuesto Público Nacional. Subdirección de presupuesto.

Además de las restricciones presupuestales de política económica, el flujo de recursos impacta la prestación y calidad de los servicios de salud. Ejemplo, para el Régimen Subsidiado, entre el momento en que se giran los recursos de alguna fuente de financiación (SGP, Fosyga, Rentas Cedidas, Regalías, ETESA, CCF) y son registradas por la cuenta maestra del municipio y luego transferida a las

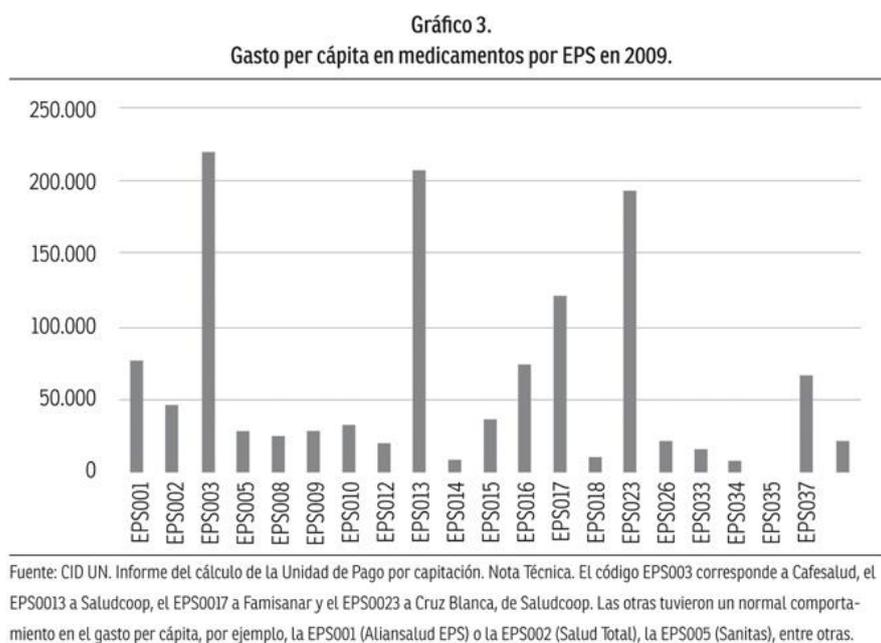
EPS, transcurren unos 60 días, y para que las EPS les giren a las IPS pasan 30 días. En total, la mora toma aproximadamente 90 días (6).

Estas demoras ponen en riesgo la existencia de la red pública de hospitales y atentan contra la calidad del servicio. La deuda morosa en el Hospital Federico Lleras ascendía a 92.000 millones; en el Hospital Universitario Fernando Troconis, de Santa Marta, a 28.000 millones; en Bogotá, ocho EPS le debían a la red pública 250.000 millones, el 60 por ciento con cartera morosa de más de 365 días. Según ACESI, el monto de la deuda pública del Régimen Contributivo con las instituciones agrupadas en este gremio era de 380.000 millones (El Tiempo, edición del 7 de agosto de 2011). Una dificultad del sistema es la falta de liquidez de los hospitales públicos (7). La cartera total de las IPS ascendió a 3,5 billones de pesos, con un crecimiento promedio del 9 por ciento en el lapso 2008-2010.

## CRECE LA CLIENTELIZACIÓN, CORRUPCIÓN Y REGULACIÓN DEL SISTEMA DE LA SALUD.

Con relación al tercer determinante, se enumeran los escándalos de corrupción en el sistema de salud y muchos campos de la vida política nacional. Respecto al primero, los recobros al Fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA) y los debates parlamentarios derivados del estudio de la Universidad Nacional para la Comisión de Regulación en Salud (CRES) del cálculo de la unidad de pago por capitación (UPC) para 2011 son la gota que rebose el vaso. Este último escándalo puso en evidencia los problemas de manejo de la información

producida y brindada por los actores del sistema a las instituciones encargadas de regular el servicio, que sirvió a la postre para un enriquecimiento ilícito, a costa de la salud de la gente por parte de algunas aseguradoras.



Entre 2008 y 2009, el costo de salud se infló por algunas EPS hasta en 24 por ciento. El mismo estudio revela que, per cápita, SALUDCOOP reportó gastos en medicamentos por \$208.654, CAFESALUD por \$220.155. Cruz Blanca registró gastos en promedio de \$194.562. Estas empresas conforman el Grupo de SALUDCOOP. Otra empresa que registra datos elevados es FAMISANAR, con \$122.342, cuyos propietarios son Colsubsidio y Cafam (Gráfico 3). El promedio de gastos en medicamentos, excluyendo a estas cuatro aseguradoras, era de \$40.772. Llama la atención, pues estas EPS tienen sus propias IPS, es decir, integran el aseguramiento con la prestación de los servicios, lo cual le quita

transparencia al sistema; además, estas EPS cuentan con distribuidoras de medicamentos.

Como se ve, las diferencias son notables y, pese a estas anomalías, la CRES, presidida por Ministro de la Protección Social, incrementó el valor de la UPC en 4,16, porcentaje similar a la variación del Índice de Precios al Consumidor en Salud. El valor nominal de la UPC establecido por el Acuerdo 19 de la CRES, expedido el 29 de diciembre de 2010 alcanzó un monto de \$505.627,20 en el Régimen Contributivo, y en el Régimen Subsidiado \$336.682,80.

La Superintendencia de Industria y Comercio investigó inconsistencias o falta de veracidad de la información. Por Resolución 10958 del 6 de marzo, abrió investigación en COLMÉDICA, Coomeva, FAMISANAR, EPS S.O.S., SUSALUD, SALUDCOOP, Cruz Blanca, CAFESALUD, EPS SÁNITAS, Compensar, ECOOPSOS, Comfenalco Antioquia, Comfenalco Valle del Cauca, Humana Vivir y ACEMI, por presunta infracción a los artículos 3 y 5 del Decreto 1663 de 1994, en particular a los numerales 1, 8 y 10, referidos a la prohibición de prácticas restrictivas de la competencia (8).

En un fallo reciente del Superintendente delegado para la competencia halló tres acuerdos anticompetitivos fraguados en torno a ACEMI, y mediante Resolución 10958 de 2011 la Superintendencia de Industria y Comercio (SIC) sancionó a COLMEDICA, Coomeva, Cafam Colsubsidio, SOS, SALUDCOOP, Café Salud EPS, Sanitas, ECOOPSOS, Comfenalco Antioquia, Comfenalco del Valle,

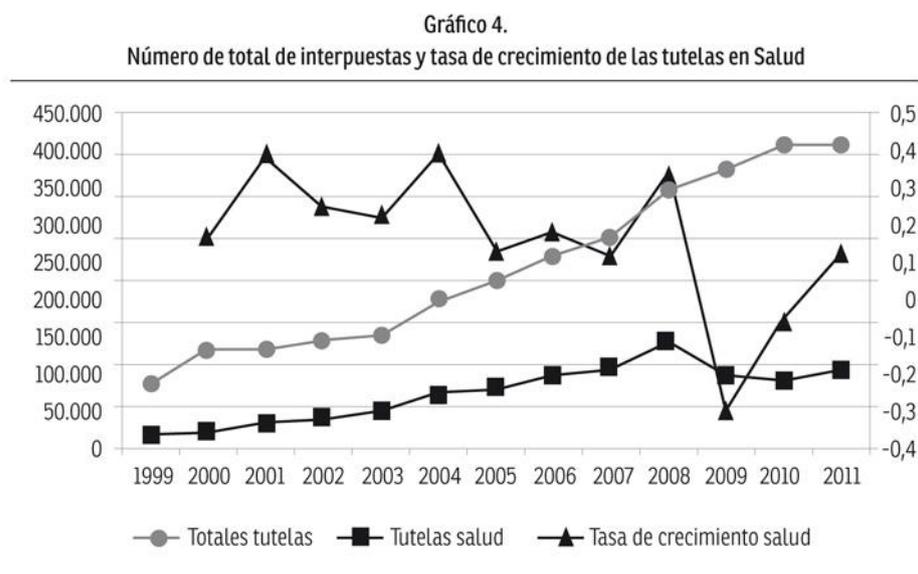
Humana Vivir, Cruz Blanca, Salud Total, ACEMI. La multa impuesta por este ente regulador llegó en total a \$16.398 millones.

El número de tutelas interpuestas indica los problemas regulatorios del sistema. Se han convertido en recurso de la población para lograr el servicio. El derecho a la salud es el más invocado en esas tutelas. En 2010 fue el 23,31 del total de aquéllas, y un año más tarde –cuando por efectos de la Sentencia T-760 de 2008, de la Corte Constitucional, se esperaba que disminuyeran– se pusieron 105.947, es decir, el 26,14% del total (Ver Gráfica 4). Esto significó, que entre 2010 y 2011 se presentara una tasa de crecimiento del 12 por ciento.

Según la Defensoría del Pueblo, "las solicitudes más frecuentes en las tutelas son, en su orden: tratamientos, medicamentos, cirugías y citas médicas especializadas. La unificación del POS de los regímenes contributivo y subsidiado no garantiza la disminución de las tutelas por servicios POS. El 67,81 de las solicitudes en las tutelas está incluido en el POS, y el régimen subsidiado presenta el mayor número de ellas". Algunas aseguradoras siguen funcionando, a pesar de negar procedimientos y exámenes que están en el POS.

Se reconoce que la función regulatoria del sistema es débil. Para solucionar esto, se han hecho ajustes normativos, como la llamada ley ordinaria. El problema se manifiesta en la financiación del régimen subsidiado por el desvío de recursos. El acervo probatorio compilado por la Corte Suprema de Justicia sobre cómo se distribuían los recursos (9) y la noticia de la confesión de algunos paramilitares ('Jorge 40'), privó de libertad a muchos congresistas, situación que evidenció la debilidad del Estado, atrapado por intereses buscadores de rentas, que daría al traste con cualquier modelo de seguridad social.

Otra faceta del problema es la concurrencia de políticos tras las empresas de salud. "El desfile de los políticos se inició en 2008, cuando el Ministerio de Protección conceptuó que el FOSYGA no debía seguir pagando millonarias reclamaciones por las llamadas brigadas de salud en las que las IPS debían socorrer a las víctimas del invierno". Hoy, la cartera por recuperar es de 3.000 millones, que ya se desembolsaron por esos supuestos servicios. Tras ese concepto, unos 90 millones quedaron congelados. La primera en abogar por dos IPS –Brigamed y Asmetsalud– fue Elizabeth Martínez, secretaria de la Comisión III de la Cámara, donde se gestionan todos los asuntos de salud" (El Tiempo, 15.05.2001).



Fuente. Defensoría del Pueblo. Datos tomados de la Corte Constitucional.

Con la creación de la (CRES) –unidad administrativa especial con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de Protección Social– se buscaba fortalecer las funciones regulatorias del Estado en la prestación de los servicios, (1112, 2007), esta ley en su artículo 4 definió que la Comisión estaría integrada por el ministro de la Protección Social, quien

la preside; el de Hacienda y Crédito Público; Cinco Comisionados expertos, designados por el Presidente de ternas enviadas por la Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud, y de Usuarios organizados. En la comisión debe haber presencia de profesionales de la salud.

(PALACIO, 2008)), El decreto 22777, firmado por ministro de Protección Social Diego Palacio reglamentó la elección de los miembros de la CRES. Con la Resolución 2571 de julio 11 del mismo año, se cambió el sentido de la ley y el decreto, al establecer en el numeral 4 del artículo 1 que "los gremios de la producción y los sectores económicos, serán representados por la organización del sector y/o subsector que acredite el mayor número de afiliados dentro del gremio o sector que representen". Ello tiene profundas implicaciones en la crisis actual. Los regulados llevaron candidatos a la Comisión que debe regularlos, lo cual puede significar que los captadores de rentas tienen una comisión permisiva por años.

1 Un indicador de la situación es la afiliación a pensiones, en que más del 70% de los afiliados devengan entre 1 y 2 SMLV.

2 En la ECV de 2010, la cobertura de afiliación era del 88,7% y sólo el 4,5 se encontraba afiliada al Régimen Contributivo.

3 Al examinar los gastos de bolsillo reportados por la ECV de 2007 en Bogotá, que tienen los hogares para satisfacer sus demandas en salud con relación al ingreso per cápita del hogar, se aprecia que el 23% de los trabajadores familiares sin remuneración salarial y el 35,5 de los trabajadores familiares sin

remuneración que trabajan en otros hogares gastaron más del 20% de su ingreso per cápita en servicios de salud. Esta cifra preocupa, pues señala que los sectores más pobres sufren impacto por un alto gasto de bolsillo en salud. En cambio, más del 32% de los profesionales y técnicos (P y T) y el 33% de los directivos y gerentes (D y G) gastaron menos del 5% de sus ingresos per cápita en salud.

4 Defensoría del Pueblo. La tutela y el derecho a la salud. 20 años del uso efectivo de la tutela. Bogotá, 2012, pág. 167.

5 La sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia. Jairo Núñez y Juan Gonzalo Zapata, 2012, pág. 24.

6 Este porcentaje no se ha modificado respecto al diagnóstico realizado en 2001 sobre los procesos del Régimen Subsidiado: "De acuerdo con la relación de pagos de la Nación a los departamentos y municipios para garantizar la cofinanciación de la contratación de 1998-1999, se tiene que la mora promedio de los giros del FOSYGA alcanza los 90 días" [Jaramillo y Poveda, 2002, 196].

7 Esta información se toma del informe de Monitoreo, seguimiento y control al uso de recursos del Sistema General de Participaciones. Vigencia de 2011. Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

8 Ley 155 de 1959 y Decreto 2153 de 1992 y otras normas que las reglamentan.

9 Algunos de los columnistas de la prensa capitalina se manifiesta en esa dirección. Alejandro Gaviria señala que "los subsidios a la demanda, que habían sido introducidos con el fin de neutralizar el clientelismo político, terminaron siendo capturados por el clientelismo armado. En la salud se pasó de la deprivación del Seguro Social al pillaje de las ARS" [El Espectador, 19 a 25 de noviembre]. Para Rafael Pardo, la "relación entre política local y grupos armados

no es aislada ni causal; no es exclusiva de Sucre ni hace parte de una cruzada contrainsurgente. Es un eslabón más del círculo vicioso de la corrupción política [...] La expansión de unos jefes paramilitares de unas regiones a otras no tiene propósito de combatir la guerrilla. No tiene propósito distinto que el control de los recursos públicos" [El Tiempo, 16 de noviembre de 2006].

10 La Comisión Reguladora en Salud (CRES) define el Plan Obligatorio de Salud (POS), la UPS, las incapacidades originadas en la enfermedad general o por pago de licencias de maternidad, tarifas de servicios y cuotas moderadoras.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

#### Trabajos citados

1112, L. (2007). COMISIÒN DE LA SALUD Y LA VIDA.

PALACIO, D. (2008). ELELCCION DE MIEMBROS CRES. *DECRETO 2277 DE JUNIO 2008*.

PUBMED. (1964). *REVISTA MEDICINA* .

Rodriguez, S. O. (2007). Reforma a las transferencias. *Macroeconomia y bienestar*.

Williams, y. C. (2013). PERTINENCIA DE LA EVALUACIÒN ECONÒMICA DE LAS.

#### BIBLIOGRAFIA PARA SUSTENTAR TRABAJO.

Rodríguez Salazar, Óscar. 2007. "Reforma a las transferencias, Sistemas de protección social y centralización del Estado". En *Macroeconomía y Bien-estar*. CID-UN, Bogotá.

odríguez Salazar, Óscar. 2005. edición No. 115, "Avatares de la reforma del sistema de Seguridad Social. Ley 100 de 1993". En Rodríguez Salazar, Óscar. Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. CID-UN, Bogotá.

Rodríguez Salazar Óscar. 2002. "Reformas pro mercado y seguridad social". En

Rodríguez Salazar, Óscar Editor. ¿Hacia una reforma del sistema de seguridad social: salud, pensiones y riesgos profesionales? Colección la seguridad social en la Encrucijada, t. III. CID-UN-Ministerio de Salud. Bogotá.

Rodríguez Salazar y Arévalo Hernández 1994. Estructura y crisis de la Seguridad Social en Colombia 1946-1992. CID-UN, Bogotá.