

# **ANÁLISIS DEL MARCO NORMATIVO VIGENTE**

Documento Técnico ISP/1762E-16

Bogotá, Enero de 2016

## Proyecto

“Determinar las implicaciones operativas, financieras y normativas de una eventual unificación de los regímenes Contributivo y Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.”

## Coordinador del Proyecto

Enrique Peñaloza Quintero

## Autor

Julián Gonzalez Escallón <sup>(1)</sup>

---

<sup>1</sup> Consultor proyecto, Instituto de Salud Pública - Cendex. Pontificia Universidad Javeriana

## **TABLA DE CONTENIDO**

<b><u>1</u></b>	<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>LOS ASEGURADORES</u></b>	<b><u>5</u></b>
<b>2.1</b>	<b>REQUISITOS DE AUTORIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN EPS EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>REQUISITOS PARA LA CONFORMACIÓN RED DE PRESTADORES EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO</b>	<b>6</b>
<b><u>3</u></b>	<b><u>ASPECTOS OPERATIVOS DE LA AFILIACIÓN</u></b>	<b><u>9</u></b>
<b>3.1</b>	<b>REQUISITOS PAGO UPC- RECAUDO – CUENTAS MAESTRAS EN RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.</b>	<b>10</b>
<b><u>4</u></b>	<b><u>FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS</u></b>	<b><u>14</u></b>
<b><u>5</u></b>	<b><u>MARCO INSTITUCIONAL DE CADA RÉGIMEN</u></b>	<b><u>18</u></b>
<b><u>6</u></b>	<b><u>ARTICULACIÓN DE ASEGURADORES CON LA RED PÚBLICA Y PRIVADA E INTEGRACIÓN VERTICAL</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b><u>7</u></b>	<b><u>LÍNEA JURISPRUDENCIAL</u></b>	<b><u>21</u></b>
<b>7.1</b>	<b>EL CONTENIDO PRESTACIONAL DEL DERECHO A LA SALUD, UN PRIMER ACERCAMIENTO</b>	<b>21</b>
<b>7.2</b>	<b>LA AMENAZA A LA VIDA DEL PACIENTE COMO DETERMINANTE PARA LA PROTECCIÓN DEL DERECHO</b>	<b>22</b>
<b>7.3</b>	<b>LA NEGLIGENCIA EN EL PAGO Y EL TRÁNSITO AL RÉGIMEN SUBSIDIADO: UNA EXCEPCIÓN</b>	<b>24</b>
<b>7.4</b>	<b>AFILIACIÓN MATERIAL PREVALECE ANTE AFILIACIÓN FORMAL</b>	<b>25</b>
<b>7.5</b>	<b>LA SALUD COMO DERECHO FUNDAMENTAL</b>	<b>26</b>
<b>7.6</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	<b>27</b>
<b><u>8</u></b>	<b><u>CONCLUSIONES GENERALES</u></b>	<b><u>28</u></b>
<b><u>9</u></b>	<b><u>NORMOGRAMA</u></b>	<b><u>29</u></b>
<b><u>10</u></b>	<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u></b>	<b><u>34</u></b>

## **1 INTRODUCCIÓN**

La interacción entre agentes públicos y privados que tiene lugar en el nuevo<sup>2</sup> modelo de seguridad social instituido en Colombia, pone de presente la disputa entre dos visiones contrapuestas sobre la concepción de la salud, en su doble connotación como derecho y como servicio público.

Por un lado, se encuentra la perspectiva a partir de la cual la prestación de salud es comprendida como un asunto propio de una actividad de aseguramiento privado, que se fundamenta en la existencia de un intercambio económico, y en la cual resulta particularmente relevante la optimización de recursos financieros, puesto que se entiende que la prestación de este servicio ocurre en el marco de un contexto de mercado. Como se expondrá en el capítulo a continuación, esta es la visión que imperó en la reforma al SGSSS.

Por otro lado, se encuentra la concepción de la salud sustentada en la preocupación por el aspecto redistributivo que subyace a la prestación de dicho servicio. Esta postura se basa, por tanto, en la relevancia de la accesibilidad a la prestación del servicio de salud y a la comprensión de esta como un derecho; por lo cual la protección del mismo no depende del origen de los recursos destinados para este propósito<sup>3</sup>.

Así pues, la tensión entre estas formas antagónicas de concebir tanto el derecho a la salud como la prestación de este servicio público que de allí se desprende, se ha materializado en el contexto colombiano en la expedición de una normatividad que ha privilegiado la primera perspectiva, la cual ha sido gradualmente transformada a partir del desarrollo de la jurisprudencia de la Corte Constitucional sobre la materia, que se ha decantado por la segunda postura, reafirmando el carácter de fundamental del derecho a la salud y permitiendo, en consecuencia, su protección por vía de la acción de tutela, lo cual ha incidido decididamente en el modelo de seguridad social en salud en Colombia.

---

2. La referencia a la novedad del sistema, se hace teniendo en cuenta dos elementos. El primero, el régimen de SGSSS instituido desde la ley 100 de 1993 y la nueva ley estatutaria de salud (Ley 1751 de 2015), que en lo tocante al punto de los regímenes, mantiene ambos.

3. Calderón, Juan Jacobo. "El derecho a la salud: la doble mirada de la jurisprudencia constitucional" En Revisión a la jurisprudencia constitucional en materia de salud: estado de las cosas frente a la sentencia T-760 de 2008. Editorial Universidad del Rosario, 2009.

## **2 LOS ASEGURADORES**

### **2.1 Requisitos de autorización para la operación EPS en régimen subsidiado y contributivo**

Para su operación las Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS) requieren algunos mínimos establecidos en el Decreto 1485 de 1994, que dispone de qué manera tiene que organizarse societaria y financieramente una persona jurídica que quiera prestar el servicio de salud. Ahora bien, debe tenerse en cuenta de acuerdo con lo anteriormente anotado, que este tipo de Decretos perderían su fuerza normativa de haber un cambio legislativo en materia de salud, en particular de la manera en la cual se encuentra estructurado el sistema. Lo anterior adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta el intento más reciente de la ley ordinaria que regula la salud en Colombia que buscaba organizar el sistema en los llamados "Gestores de Servicios de Salud"<sup>4</sup>; ahora bien, con esta salvedad, lo que actualmente prevé el ordenamiento para la autorización está contenido en el artículo tercero del Decreto 1485 mencionado del siguiente modo:

*"Las personas jurídicas que pretendan actuar como Entidades Promotoras de Salud deberán obtener el respectivo certificado de funcionamiento que expedirá la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo previsto en el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud".*

El mencionado Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud fue de cualquier modo, declarado inexecutable por la Corte Constitucional mediante la sentencia C-255 de 1995, dado que dicho Estatuto fue expedido mediante facultades extraordinarias conferidas al Presidente. La Corte en su análisis encontró que dicho cuerpo normativo era un verdadero código, y por lo tanto era necesario para su debido trámite que fuera expedido por el Congreso de la República.

Ahora bien, para obtener dicho certificado de funcionamiento debe diligenciarse a la Superintendencia Nacional de Salud una solicitud que contenga lo siguiente: (i) Un estudio de factibilidad que demuestre la viabilidad financiera y un proyecto de presupuesto para el primer año de funcionamiento, (ii) un monto de capital que no inferior a diez mil salarios mínimos legales mensuales vigentes, (iii) un listado de las Instituciones Prestadoras de Servicios por medio de las cuales se garantiza el cumplimiento del POS, de acuerdo a los volúmenes de afiliación proyectados, (iv) el número máximo de afiliados que podrían eventualmente atenderse de acuerdo a la

---

<sup>4</sup>. Artículo 20 de la ley ordinaria, literal b: "Los Gestores de Servicios de Salud son los agentes responsables de la organización y gestión de las prestaciones individuales, quienes coordinarán con las Entidades Territoriales las acciones de salud pública en el territorio para la consecución de resultados en salud de la población. Las prestaciones individuales serán realizadas mediante la conformación de Redes de Prestación de Servicios de Salud" Lo anotado no implica necesariamente un cambio en el decreto, pero es necesario considerar la variable en términos del cambio en el ordenamiento jurídico.

capacidad inicialmente destinada para el efecto, sin perjuicio que dicho monto pueda ser modificado con posterioridad y (v) un documento que acredite que los estatutos de la sociedad han sido modificados de acuerdo a lo que el Decreto mencionado reclama. Adicionalmente, y en el entendido que la normativa autoriza a las aseguradoras a prestar el servicio de EPS, se requiere autorización de la Superintendencia bancaria (ahora Superintendencia Financiera).

De otra parte, la Superintendencia de Salud se reserva la potestad de pedir cualquier otra información adicional que encuentre relevante con el fin de expedir la autorización. Si los criterios en principio se encuentran cumplidos, la Superintendencia publica en un diario de circulación amplia los datos esenciales de la solicitud. Este aviso debe realizarse dos veces, por cuenta de los interesados, y en ese momento pueden realizarse oposiciones a la solicitud, que será enviada al solicitante de inmediato si se da el caso. Una vez cumplido este trámite, el superintendente de salud tiene 30 días hábiles para resolver sobre la solicitud.

Esta autorización, debe ser cabalmente cumplida por cualquier persona o personas que deseen iniciar una EPS de naturaleza privada, indistintamente al régimen de afiliación al que prestarían sus servicios. Dice el artículo segundo del Decreto 1485:

*"Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:*

*Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, **bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado**, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios". (Subrayas y negrilla fuera del texto original)<sup>5</sup>.*

## **2.2 Requisitos para la conformación red de prestadores en régimen subsidiado y contributivo**

Por otro lado, los llamados Prestadores de Servicios de Salud den cumplir ciertos requisitos y encontrarse registrados, tal como lo señala el artículo 56 de la ley 715 de 2001:

*"Todos los prestadores de servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza jurídica o nivel, de complejidad deberán demostrar ante el Ministerio de Salud o ante quien éste*

---

<sup>5</sup>. También vale la pena señalar que la Circular Externa No. 37 DE 1994 (agosto 5) de la Superintendencia Nacional de Salud, contiene detalladamente cada uno de los elementos que debe integrar la solicitud para obtener el certificado de funcionamiento de la EPS en cuanto a los requisitos técnicos.

*delegue, la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y la capacidad técnico-administrativa, para la prestación del servicio a su cargo”.*

Este mandato se encuentra desarrollado en el Decreto 1011 De 2006 del Ministerio de Protección Social, el cual desarrolla el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (en adelante SOGCS). Este sistema es definido dentro del Decreto 1011 de la siguiente manera en su artículo sexto:

*“Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema, los cuales buscan dar seguridad a los usuarios frente a los potenciales riesgos asociados a la prestación de servicios y **son de obligatorio cumplimiento por parte de los Prestadores de Servicios de Salud y las EAPB**”.* (Subrayas y negrillas fuera del texto original).

Este sistema le pide a los Prestadores de Servicios cumplir tres tipos de condiciones: (i) De tipo financiera y patrimonial, que implican tener la solvencia económica para garantizar la prestación en el tiempo y a los ciudadanos que se acerquen a dicha entidad, (ii) de tipo técnico administrativa, que se basa en el cumplimiento de las normas sobre existencia y representación legal y sobre un sistema contable adecuado que permita el manejo del flujo de recursos y sus consecuencias. Por último (iii) el formulario de inscripción en el registro de especial de prestadores de servicios de salud, donde el prestador realiza una autoevaluación habiéndose constatado los otros requisitos. En este principio, quien realiza la evaluación al respecto del prestador puntal es la Entidad Departamental y Distrital de Salud, dependiendo de dónde se preste el servicio<sup>6</sup>.

Por último, este registro se unifica por parte del Ministerio de la Protección Social, en quien recae la obligación última de mantener actualizada la base de datos a nivel nacional, consolidando de acuerdo a los reportes que envíen las Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Una vez más, este requisito deben cumplirlo los Prestadores tanto de régimen contributivo como el de subsidiado.

---

<sup>6</sup> De acuerdo a Carmen Dávila Guerrero y Alfredo Rueda Prada: “... a pesar de que el gobierno nacional a mediados del año 2012 anunció que establecería normas para hacer más restrictiva y exigente la presencia de las EPS en el país, estas normas no se han expedido de manera que los requisitos para el régimen contributivo prácticamente se han mantenido invariables desde el año 1994 con la expedición del decreto 1485 de 1994”. EN: Carmen Eugenia Dávila Guerrero y Alfredo Luis Rueda Prada. *La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia*. Universidad Externado de Colombia. (2013). Pág. 54. De acuerdo al texto, la presencia de aseguradores – EPS en régimen subsidiado como contributivo- en el SGSSS se mantiene estable. Es decir, sin novedades importantes al respecto de creación de este tipo de instituciones, o cierre masivo de las mismas. En cuanto al régimen subsidiado, anotan: “claro que no existe un margen importante de crecimiento en el régimen subsidiado ya que su cobertura se aproxima al 100% de la población que tendría derecho a acceder a estos beneficios y cualquier actor nuevo tendría que basar su crecimiento de afiliación única y exclusivamente en los movimientos de traslados para obtener un número de 400.000 afiliados al segundo año de operación conforme a la exigencia del Decreto 515 de 2004”. Pág. 59, *Ibidem*.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Departamento Federal de Economía,  
Formación e Investigación DEFI  
Secretaría de Estado para Asuntos Económicos SECO





### **3 ASPECTOS OPERATIVOS DE LA AFILIACIÓN**

La afiliación a dicho servicio, es necesario destacar que el SGSSS pretendió crear mecanismos de compensación y solidaridad en virtud de los cuales el sector poblacional con capacidad de pago, perteneciente al denominado régimen contributivo, confluye a la subvención de la afiliación de la población que no cuenta con la capacidad de contribución plena, que hacer parte del denominado régimen subsidiado. La financiación de este proviene entonces, en adición a los referidos aportes, de los recursos procedentes de las Cajas de Compensación Familiar, del presupuesto nacional y de las contribuciones de los afiliados.

De este modo, una de las principales nociones en las que se sustenta el referido sistema es la introducción del régimen subsidiado de la seguridad social en salud, con el cual se pretendía lograr la ampliación de la cobertura del servicio a los sectores poblacionales que no cuentan con capacidad de contribución plena. La creación este régimen sustituyó la asistencia pública que otrora se sustentaba en subsidios a los presupuestos de los hospitales públicos, y actualmente incorpora a la población vulnerable a través de subsidios directos a la demanda que permiten vincular a la misma a entidades promotoras de salud.

Sin embargo, la incorporación de este modelo no tomó en consideración determinadas contingencias que resultan incompatibles con la concepción de la salud como derecho fundamental. Se trata de aquellos eventos en los cuales se deniega la atención médica, el suministro de algún procedimiento o medicina que no se encuentre incluido en el respectivo Plan Obligatorio de Salud de la entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliado el paciente. En las circunstancias descritas y a pesar de los propósitos enunciados por la referida norma, el acceso a la prestación del servicio de salud queda sujeto a la capacidad de pago de la persona, lo cual evidencia las problemáticas a las que ha dado lugar la concepción de la salud como un asunto de aseguramiento privado, que responde a las condiciones propias del mercado.

Efectivamente, a pesar de que uno de los principales objetivos de esta norma consistía precisamente en regular el sistema de salud, garantizando las condiciones de acceso al mismo y la calidad en el servicio prestado, la concepción de la salud como una actividad propia del aseguramiento privado, incide en las condiciones de accesibilidad al servicio de salud –tanto como en la calidad en la prestación del mismo- puesto que guarda una estrecha relación con la proveniencia de la afiliación del paciente.

Así entonces, las reformas al modelo de seguridad social en salud establecidas por medio de la Ley 100 de 1993 y los decretos reglamentarios que lo desarrollan, erigieron el SGSSS torno a una serie de nociones a que ponen de presente la primacía de las reglas propias del ámbito mercantil sobre consideraciones de índole jurídico y constitucional, con respecto al carácter fundamental del derecho a la salud.

### **3.1 Requisitos pago UPC- recaudo – cuentas maestras en régimen subsidiado y contributivo.**

La llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC) es la prima que se paga a las EPS por cada afiliado que reciben, dependiendo si el mismo pertenece a régimen subsidiado o contributivo y el perfil epidemiológico, densidad de la población y otros factores<sup>7</sup>. Esta UPC se calcula sobre la cotización efectivamente realizada al sistema. Para organizar los ingresos del SGSSS y los flujos de capital del mismo, se organizaron las llamadas *cuentas maestras* previstas en la ley 1122 de 2007 en su artículo 13, que dice:

*"Flujo y protección de los recursos. Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:*

*a) El gasto de los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fosyga se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado por la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos. El no cumplimiento oportuno de estos giros, generará las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo a lo establecido en la ley. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público girará por trimestre anticipado los recursos que por Presupuesto Nacional le correspondan al Fosyga;*

*b) Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente. El manejo de los recursos se hará en tres cuentas maestras, con unidad de caja al interior de cada una de ellas. Estas cuentas corresponderán al recaudo y al gasto en salud pública colectiva, régimen subsidiado de salud y prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, con las excepciones de algunos rubros que en salud*

---

<sup>7</sup> Con todo, no puede afirmarse que el modelo del SGSSS es de libre competencia y que la UPC funciona como prima de aseguramiento de manera independiente. Lo anterior teniendo en cuenta las divergencias entre régimen subsidiado y contributivo: "En efecto, los dos elementos más importantes en una relación contractual comercial como son el precio y el producto que se recibe a cambio, son directamente fijados y regulados por el Estado o por un organismo externo a las partes que interactúan entre sí. El producto en el sistema general de seguridad social en salud equivale al Plan Obligatorio de Salud (POS) que es el conjunto de beneficios en salud que se otorgan a quienes ostentan la calidad de afiliados. El precio de ese producto es la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que corresponde al valor de la prima de aseguramiento ajustada por riesgo que el sistema reconoce a cada una de las EPS por cada una de las personas afiliadas.

Nótese como realmente el ingreso de las EPS en el régimen contributivo no corresponde a las cotizaciones de los afiliados sino a una unidad diferente que se construye en función del perfil epidemiológico de las personas y los beneficios cubiertos. Esta disociación entre las cotizaciones y la UPC es lo que permite la solidaridad del sistema en Colombia ya que el POS es un producto estándar para toda la población sin importar la capacidad de pago y el sistema ofrece una cobertura familiar para aquellas personas que sin tener capacidad de pago hacen parte del grupo familiar". : Carmen Eugenia Dávila Guerrero y Alfredo Luis Rueda Prada, *Ibidem*. Págs. 61 y 62.

*pública colectiva o en prestación de servicios de salud en lo no cubierto por subsidios a la demanda, señale el Ministerio de la Protección Social”.*

Al respecto de lo anterior, y con el fin de reglamentar las llamadas cuentas maestras, el Ministerio de la Protección Social expidió la Resolución 3042 de 2007, en la cual se ordena a las Entidades Territoriales manejar cuatro subcuentas, Subcuenta de Régimen Subsidiado de Salud, Subcuenta de prestación de servicios de salud en lo no cubierto con subsidios a la demanda., Subcuenta de salud pública colectiva y Subcuenta de otros gastos en salud. A estas subcuentas, que la Resolución mencionada obliga a que sean manejadas como cuentas maestras, se le destinan recursos y gastos determinados. En lo tocante a régimen subsidiado, los ingresos son los mencionados en el artículo séptimo de la resolución, a saber:

1. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la financiación de la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
2. Los recursos que se asignen de la Subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda.
3. Los recursos propios que las entidades territoriales destinen para la financiación del régimen subsidiado en la respectiva entidad territorial.
4. Los recursos del componente de propósito general del Sistema General de Participaciones, conforme a lo establecido en el párrafo tercero del artículo 48 de la Ley 715 de 2001.
5. Los recursos de rentas cedidas destinados para la afiliación de la población pobre mediante subsidios a la demanda que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el literal c) del numeral 1 del artículo 11 de la Ley 1122 de 2007.
6. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA que, como mínimo, deben corresponder a los porcentajes definidos en el artículo 47 de la Ley 1151 de 2007.
7. Los recursos de regalías destinados al régimen subsidiado.
8. Los recursos de las cajas de compensación debidamente autorizadas para administrar los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, los cuales se adicionarán sin situación de fondos, en sus respectivos presupuestos, en el monto correspondiente que vayan a contratar con la respectiva caja de compensación.

9. Los recursos aportados por los afiliados cuando hubiere lugar a ello, y los recursos aportados por los gremios, asociaciones y otras organizaciones quienes deberán girarlos al fondo de salud de acuerdo con lo pactado en los respectivos convenios.
10. Los recursos adicionales que a partir del año 2007 reciban los municipios, distritos y departamentos como participación y transferencias por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.
11. Los rendimientos financieros, los recursos del balance y demás ingresos que se generen a favor de la subcuenta.
12. Los recursos y aportes que a cualquier título se asignen o reciba directamente la entidad territorial para la financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda.

Los gastos de esta cuenta se encuentran en el artículo 11 de la misma resolución y son los siguientes:

1. La Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, UPCS, para garantizar el aseguramiento a través de contratos suscritos con las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado. Siempre deberá identificarse si son apropiaciones con o sin situación de fondos.
2. El 0.2% de los recursos del régimen subsidiado de los distritos y municipios destinados a la Superintendencia Nacional de Salud para que ejerza las funciones de inspección, vigilancia y control en las entidades territoriales.
3. Hasta el 0.4% de los recursos de esta subcuenta destinados a los servicios de interventoría del régimen subsidiado.
4. El pago a las Instituciones Prestadoras de Salud del valor correspondiente a las Unidades de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, UPCS, contratadas únicamente cuando la Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado sea objeto de la medida de giro directo en los términos y condiciones señalados en el Decreto 3260 de 2004, o las normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

Las demás subcuentas tienen un perfil distinto a esta primera del régimen subsidiado, ya que se encaminan a generar beneficios de índole más colectiva y de mejoramiento del sistema de salud a nivel territorial. La misma estructura de ingresos y gastos de las subcuentas se encuentran consignadas en esta misma resolución, habilitando a los Entes Territoriales a usar los recursos en aspectos puntuales del mejoramiento del sistema o en casos de deuda o en pagos específicos. En general, se trata de dineros provenientes del régimen general de participaciones, recursos de regalías departamentales o de

impuestos de suerte y azar a cargo de ETESA (ahora Coljuegos), rentas cedidas y del sector hidrocarburos. Como es posible observar, los requisitos de pago del régimen subsidiado dependen directamente de lo que la resolución 3042 autoriza en concreto. De estos recursos proviene la UPC del régimen subsidiado que se destina a las EPS-S.

En cuanto al régimen contributivo, el pago de la UPC proviene de las cotizaciones de los afiliados y su destinación a cada EPS.

## **4 FUENTES DE FINANCIAMIENTO Y FLUJO DE RECURSOS**

De conformidad con la orientación de las políticas públicas que inspiraron la reforma al sistema de salud en Colombia, esta se estableció con la creación de los dos regímenes que lo componen: el subsidiado y el contributivo.

Este último fue ideado con la finalidad de que el aseguramiento en salud se constituyera en un mecanismo de protección de los riesgos individuales para la población que cuenta con la capacidad económica para costear la prestación del servicio a través de un aporte o prima proveniente de su salario, en el caso de los empleados con contrato laboral, o de sus ingresos mensuales corrientes, en el caso de quienes estén vinculados a través de un contrato de prestación de servicios.

En concordancia con lo anterior, es posible observar que el régimen contributivo puede ser caracterizado a partir del origen de los recursos, que en este caso permite la financiación a partir del aporte directo de los cotizantes. Esta porción de la población está constituida principalmente por trabajadores del sector privado y la modalidad bajo la cual se rigen sus aportes fue instituida en la reforma por medio de cuatro medidas que aún continúan constituyendo los cimientos de este régimen<sup>8</sup>.

En primer lugar, un aspecto a destacar de la reforma incorporada a partir de la ley 100 de 1993, es que la misma tuvo el propósito de aumentar los aportes para la seguridad social en salud de acuerdo con el denominado el ingreso base de cotización, el cual es estimado mediante un sistema de presunción de ingresos que cubre tanto al empleado como a su grupo familiar. De igual manera, la normatividad en la materia aumentó el aporte que el empleador legalmente estaba obligado a declarar, con el propósito de que se universalizara la práctica de la cotización en el mundo laboral<sup>9</sup>.

En segundo lugar, el diseño implementado por el SGSSS tuvo la finalidad de dar una apertura de mercado al sector de los seguros obligatorios en salud, incentivando la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, cooperativas y empresas de economía mixta, bajo la denominación de Entidades Promotoras de Salud (EPS).

En tercer lugar, es necesario destacar que se estableció un valor único promedio del seguro obligatorio anual (Unidad de Capitalización Anual - UPC). Es decir, que se determinó el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado, para cubrir las prestaciones incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), lo cual constituye el aporte del cual provienen los ingresos de las asegurados.

<sup>8</sup>. Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Procuraduría General de la Nación. Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2011

<sup>9</sup>. Paola Andrea Chávez Contreras. "Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud". Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2007



Finalmente, la normatividad contempló la creación de una entidad estatal reguladora del sector de la salud en Colombia, labor actualmente ejercida por el Ministerio de Salud y Protección Social. Esta cartera se ocupa, en consecuencia, de la coordinación intersectorial y el establecimiento de políticas en materia de salud y protección social en salud con miras a promover la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, así como el aseguramiento y la promoción de la salud.

De tal manera, los afiliados al régimen contributivo realizan aportes a una EPS que actúa como intermediaria entre los particulares y el Estado. Su papel, además de la materialización del derecho a la salud de la población a través de la prestación de los servicios de salud, es la de recaudar y consignar estos dineros en una cuenta administrada por el Estado (FOSYGA), la cual les devuelve en manera de utilidad las sumas de dinero correspondientes a cada afiliado (UPC) del sistema.

Por otro lado la normatividad ha establecido que los afiliados, incluyendo tanto a los cotizantes como a los beneficiarios, deben pagar unas sumas llamadas cuotas moderadoras, las cuales deben ser canceladas cuando se usa un servicio y cuyo costo varía en función del ingreso base de cotización; así como de conformidad con las actualizaciones que realiza anualmente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud sobre los precios por este concepto.

Asimismo, los afiliados a título de beneficiarios deberán cancelar -en adición a las cuotas moderadoras- los denominados copagos, que son generados cuando el servicio que requiere el paciente incluye la prestación de servicios de hospitalización o cirugía. Estos copagos se rigen igualmente por el Ingreso Base de Cotización del cotizante y cuentan con la limitación fijada por un tope máximo por evento, el cual es comprendido como el manejo de una enfermedad en el mismo año calendario; así como un tope máximo acumulado por año.

De esta manera, se genera un flujo de pagos constante que le da cierto margen de solvencia a las EPS que no necesariamente se ve reflejado en la calidad del servicio que reciben los beneficiarios, pero garantiza la capacidad de pago de las EPS a los hospitales e IPS que prestan el servicio. Es decir que gran parte de la calidad del servicio recibido en este régimen depende de los aportes adicionales que hacen los usuarios de los mismos.

Las medidas anteriormente mencionadas, encaminadas a cohesionar el funcionamiento y aplicación de un POS (plan obligatorio de salud) que brindara algunos servicios de salud de manera generalizada con una cobertura de toda igualitaria para toda la población, principio fundante de las reformas en salud en el país.

En contraposición con esta modalidad de afiliación, el régimen subsidiado ha sido definido como el mecanismo a través del cual se garantiza el acceso a los servicios de

salud de la porción de población que no cuenta con capacidad de pago. El mismo está compuesto por un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al del SGSS cuando dicha vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad, de forma total o parcial.

Lo anterior se puede reunir en cuatro pilares establecidos en diferentes leyes pero que se pueden unificar de la siguiente manera: su razón de ser es la existencia de un régimen subsidiado por el Estado para los más pobres y vulnerables que se financia con aportes fiscales de la Nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el FOSYGA y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad (régimen contributivo), con el objeto de asegurar el ingreso de toda la población al sistema en condiciones equitativas, por otro lado, de la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía FOSYGA cuyo objeto es garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema actuando como ya se mencionó, como un intermediario entre los fondos percibidos y la distribución de los mismos así como se encarga de cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley. Otro de los pilares es la búsqueda de una financiación según la demanda por parte de las entidades territoriales, con cargo a los fondos seccionales y locales de salud buscando así una cobertura total de los sectores con menos recursos utilizando así la competencia descentralizada del Estado para lograr un goce efectivo del derecho a la salud de los más pobres y por último, la celebración de convenios por parte de las entidades territoriales con las EPS para la administración de la prestación de los servicios de salud.

Dentro de estos beneficiarios de estos subsidios, se encuentran las personas pertenecientes al Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN) quienes tienen derecho a hacer parte de este régimen en las siguientes modalidades: a través de un subsidio total para los miembros de los niveles 1 y 2 del SISBEN y a través de un subsidio parcial para las personas pertenecientes a los niveles 2 y 3 del mismo. Lo cual evidencia que la población objetiva es aquella perteneciente a los estratos más bajos y de la que se estima no cuenta con un ingreso constante o disponible para disponer en cuanto a temas de salud o prevención. Para este proceso se elaboran las listas de potenciales afiliados al Régimen Subsidiado, clasificados en los niveles 1, 2 y 3 de la encuesta SISBEN, en orden ascendente de menor a mayor puntaje y de la más antigua a la más reciente, con su núcleo familiar cuando haya lugar a ello, así como en los listados censales y se priorizará teniendo en cuenta los mencionados criterios.

Las personas que acceden al esquema de subsidios totales tienen derecho a recibir el conjunto básico de servicios de atención en salud establecidos en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado POS; mientras que las personas que acceden al esquema



de subsidios parciales tienen derecho a recibir únicamente determinados beneficios del POS-S<sup>10</sup>.

Dicha afiliación, desde la expedición de la Ley 1438 de 2011, se da mediante la suscripción de contratos de administración de recursos del régimen subsidiado entre entidades territoriales y las EPS que administraban dicho régimen.

El giro de los recursos entre la Nación y las entidades territoriales en lo correspondiente al SGP se realiza mensualmente durante los diez primeros días del mes siguiente al que corresponde la transferencia.

El recaudo promovido por las entidades territoriales a nivel municipal, distrital y gubernamental es denominado por la legislación vigente como el “esfuerzo propio” y se caracteriza por contar con periodos de contratación de pago anticipados que permiten el giro de recursos de forma anticipada por parte del FOSYGA con destinación a las EPS.

---

<sup>10</sup>. Entre estos beneficios se encuentra la atención integral de enfermedades de alto costo, la atención integral durante el embarazo, así como al menor de un año; la atención en traumatología y ortopedia, incluida la rehabilitación física necesaria en estos casos y los medicamentos que sean formulados como parte de las atenciones señalada anteriormente.

## **5 MARCO INSTITUCIONAL DE CADA RÉGIMEN**

Como se ha mencionado anteriormente, la estructura institucional de uno y otro régimen mantienen divergencias desde distintos puntos de vista. En primer lugar, el régimen contributivo depende de las alianzas de cada asegurador con las instituciones que prestan el servicio final de salud, en este entendido, los aseguradores tienen cobertura nacional y prestan los servicios del POS dependiendo de dónde se encuentre el afiliado cotizante. En cuanto al régimen subsidiado a nivel regional, encontramos que su protección y financiamiento dependen de las entidades territoriales y que estas son las responsables de contratar con los prestadores directos de la salud o de utilizar las instituciones públicas para el efecto, manteniendo el flujo de los recursos separados el uno del otro. De cualquier manera y de manera más puntual, el responsable de esta prestación es la EPS con la cual contrate el ente territorial.

Por otro lado, la estructura normativa de Inspección, Vigilancia y Control (IVC, en adelante) en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, se encuentra principalmente incardinada a mantener dentro de los límites constitucionales y legales a los prestadores privados, o lo que es lo mismo, mantienen una actividad fluida con el régimen contributivo.

En cuanto al régimen subsidiado al nivel territorial, mucho del IVC parece descansar en la fiscalización del propio Estado lo que equivale a decir que las instituciones llamadas a mantener la vigilancia necesaria son la Procuraduría General de la Nación y la Contraloría General de la Nación; la primera manteniendo el juicio disciplinar y la segunda haciendo el seguimiento del patrimonio público determinado para el efecto de la prestación de servicios públicos de salud. Lo anterior no excluye la labor de la Superintendencia Nacional de Salud, pero añade un elemento adicional al respecto de la vigilancia de los recursos del régimen subsidiado, en el entendido en que dado que sus recursos surten procesos mayoritariamente dentro de los entes territoriales, estos deben responder disciplinaria y fiscalmente por los mismos.

Por último, lo que puede rastrearse en cuanto a la divergencia de los regímenes contributivo y subsidiario, es una disparidad en la proveniencia de sus recursos (como se señaló anteriormente) lo que significa que institucionalmente hay un diseño de alta complejidad en cuanto al flujo de recursos. Así lo señala el documento Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas:

*"Los inconvenientes existentes en el flujo de recursos de este régimen básicamente se reportan en lo correspondiente a los recobros que hacen las EPS ante el Fosyga por concepto de atenciones en salud no incluidas en el plan de beneficios. La evolución del comportamiento de dichos recobros, volumen y monto ha generado alertas en cuanto a la sostenibilidad misma del sistema y señalamientos de corrupción en el trámite y reconocimiento de éstos.*

*Aunque el procedimiento de recobro está reglamentado (Resolución del Ministerio de la Protección Social 3099 de 2008 y en dicha reglamentación se establecen los plazos para la auditoría de las cuentas presentadas por las EPS y para el pago de dichos recobros, los inconvenientes se generan en el ejercicio de revisión de la documentación que soporta la prestación de los servicios.*

*Los inconvenientes generados en los procesos de recobros frente al Fosyga son aducidos por las EPS frente a su red como justificación para retrasar los pagos por concepto de prestación de servicios de salud". (Ibíd., Pg. 14)<sup>11</sup>.*

Lo anterior parecería señalar que una simplificación institucional, que implicaría una reestructuración normativa, podría ayudar institucionalmente a mantener un flujo de recursos mucho más sencillo de seguir y fiscalizar por autoridades claras.

---

<sup>11</sup>. Paola Andrea Chávez Contreras. "Análisis del funcionamiento del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en salud". Universidad Autónoma de Bucaramanga. 2007. La resolución señalada dentro del extracto puede complementarse con la Resolución 458 de 2013: Por la cual se unifica el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones.

## **6 ARTICULACIÓN DE ASEGURADORES CON LA RED PÚBLICA Y PRIVADA E INTEGRACIÓN VERTICAL**

Las antedichas características de los regímenes contributivo y subsidiado han permitido poner de presentes los componentes sobre los cuales se estructura cada uno de estos y la finalidad a la que los mismos responden.

Empero, esta descripción en la cual se ha enfatizado en las diferencias entre los mencionados regímenes desde el punto de vista del origen de los recursos con los cuales estos se financian y las implicaciones de estas modalidades de cotización, pone sobre la mesa un interrogante básico que no se ha resuelto hasta el momento. Se trata de las repercusiones de una variación en las condiciones económicas de una persona, desde el punto de vista de la modificación de la capacidad de pago del mismo.

El SGSSS ha contemplado este escenario bajo la denominación de movilidad entre regímenes, lo cual hace referencia al derecho con el que cuentan los afiliados –tanto del régimen subsidiado como del régimen contributivo focalizado en los niveles I y II y la población especial- de moverse de un régimen a otro en la misma EPS, sin que exista interrupción en la afiliación<sup>12</sup>.

Como se desprende lógicamente de la descripción sobre el particular, la movilidad entre regímenes comprende dos escenarios. El primero hace referencia a la circunstancia en la cual un usuario afiliado al régimen subsidiado obtenga la capacidad de pago o adquiera una vinculación laboral, lo cual le impone la obligación de cotizar en el régimen contributivo. El segundo, por su parte, se refiere al afiliado que se encuentra en el régimen contributivo y pierde la capacidad de pago, por lo que requiere ingresar al régimen subsidiado. En ambos casos, el derecho a la movilidad entre regímenes permite que la persona continúe en EPS donde se encuentra afiliado, sin perder la continuidad en la prestación del servicio.

La existencia de este derecho, independientemente de las particularidades que deban concurrir para que tenga lugar su exigibilidad, dan cuenta de la relevancia otorgada en el diseño y la estructuración del SGSSS a la capacidad de pago como un eje fundamental en torno al cual se erigen las modalidades de afiliación en los distintos regímenes, con base al principio de solidaridad.

---

<sup>12</sup>. Resulta de especial relevancia distinguir entre la noción de movilidad entre regímenes con los conceptos de portabilidad y traslado. El primero de estos hace referencia a garantía de la prestación de los servicios de salud en cualquier parte del territorio nacional por parte de la EPS a la que la persona esté afiliada, mientras el segundo es el derecho que tiene el afiliado de cambiar de EPS, siempre y cuando hayan transcurrido doce meses de antigüedad en la misma.

## **7 LÍNEA JURISPRUDENCIAL**

Dado que el entendimiento del derecho a la salud ha dependido en gran medida de la forma en la que la Corte Constitucional ha desarrollado dicha prerrogativa, el análisis de sus pronunciamientos tiene gran relevancia al momento de buscar las claves interpretativas que puedan dar vía al análisis jurídico sobre las formas de afiliación al SGSSS. Por tanto, es imprescindible ahondar en algunas sentencias que han proferido el máximo órgano de la justicia constitucional en el entendido de la naturaleza del derecho. Antes de iniciar con las sentencias relevantes al respecto, es importante anotar que las mismas tienen como guía algunos puntos: la necesidad de entender que la salud y la afiliación es un derecho fundamental. Mucho revela el hecho de que el punto fundamental de gran parte de los pronunciamientos estén orientados hacia una protección efectiva del derecho y no a la proveniencia de la afiliación del ciudadano. Lo anterior prueba de manera temprana que si bien en un principio el contenido del derecho era de índole asistencial y conexo, aun entonces el enfoque era la protección al ciudadano y no distinguía en su calidad de afiliado. Por tanto, la unificación de regímenes tiene un límite constitucional claro que se encuentra en la materialidad de la prestación del servicio y la posibilidad de acceder al SGSSS.

Lo anterior, en atención a dos principios esenciales del SGSSS: La Universalidad y la Solidaridad. Significando el primero la necesaria prestación del servicio a los ciudadanos para garantizar su vida digna y la segunda que implica una regla financiera según la cual para procurar dicha universalidad, los sectores superavitarios deben destinar parte de sus ingresos a los sectores deficitarios para procurar la garantía del derecho.

### **7.1 El contenido prestacional del derecho a la salud, un primer acercamiento**

Gran parte del debate legal al respecto del derecho a la salud se ha concentrado en su carácter prestacional y la sostenibilidad financiera del sistema. Lo anterior por el diseño empleado por la Ley 100 de 1993, que supuso las dos maneras fundamentales en las cuales la afiliación al SGSSS es posible y que son objeto de análisis en el presente texto. En consecuencia, la sentencia T-395 de 1998, con ponencia del Magistrado Alejandro Martínez Caballero resaltó en el caso de una paciente que en su entender, necesitaba recibir tratamiento en Houston (Texas- EEUU) para asegurar el mantenimiento de su derecho a la salud.

En aquella oportunidad, la Corte Constitucional conceptuó:

*"Al derecho a la salud le ha sido reconocida una naturaleza prestacional, derivada del deber del Estado de garantizar el servicio de salud y el saneamiento ambiental, establecidos en el artículo 49 de la Constitución. Esa naturaleza, emanada de la decisión del Constituyente de establecer unos objetivos y programas propios del Estado Social de Derecho, implica que desde el punto de vista prestacional el derecho a la salud se*

*encuentra supeditado a procedimientos legales, programáticos y operativos que materialicen su alcance y su efectividad como un servicio público paulatinamente extensivo a todos los ciudadanos. Por tal razón, el derecho a la salud entendido desde este punto de vista prestacional, de infraestructura y acceso, requiere para su concreción de un desarrollo legal, apropiación de recursos, etc. En efecto, es al Estado a quien se le "impone el deber de concretar, organizar, dirigir y reglamentar, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, todo un sistema prestacional en materia de salud con la participación de entidades públicas y privadas, bajo la vigilancia y control de aquél, a través del cual se busca garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y de saneamiento ambiental." En consecuencia "la posibilidad de exigir un derecho de prestación es apreciable sólo en el caso concreto y dependiendo del tipo de derecho", que de reunir el carácter de conexo con el derecho a la vida y la integridad de la persona, puede ser protegido como fundamental, según el caso concreto".*

Si bien en este caso la Corte decidió tutelar únicamente el derecho de petición de la accionante, en el sentido de ordenarle al Instituto de Seguros Sociales (hoy desaparecida) responder el derecho de petición de la accionada, más no acceder directamente a conceder el traslado y reconocimiento de los gastos por la necesidad en atención a la sostenibilidad financiera del sistema. De cualquier manera, si mencionó en esta oportunidad que el SGSSS es un servicio público extensivo paulatinamente a todos los ciudadanos, sin hacer distinción ninguna sobre la proveniencia de su afiliación. Corroborando lo que anteriormente se mencionó al respecto de la garantía esencial del derecho por encima de la proveniencia de la afiliación.

## **7.2 La amenaza a la vida del paciente como determinante para la protección del derecho**

En la T-744 de 2002, con ponencia de Eduardo Montealegre Lynett, se estudia el caso de un ciudadano, perteneciente al régimen subsidiado, a quien se le negaron servicios por parte de CAMPRECOM por no estar incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). En esta oportunidad se recalcan dos aspectos esenciales, el primero es el carácter "asistencial" del derecho a la salud, pero la conexidad del mismo cuando de amenaza a la vida del paciente se refiere:

*"...el Estado no está obligado a satisfacer todas las necesidades asistenciales de los asociados, sino aquellas que se encuentren incluidas dentro de sus políticas de Seguridad Social, las cuales se elaboran atendiendo los principios constitucionales de eficiencia, universalidad y solidaridad –artículos 48 y 49 C.P.*

*Ahora bien, constituye doctrina constitucional debidamente consolidada que el derecho a la salud si bien no es un derecho fundamental de aplicación inmediata se erige como tal cuando la dolencia amenaza la vida del paciente, al igual que cuando la atención médica asistencial que la persona requiere resulta indispensable para que ésta recupere su*



*equilibrio físico, emocional, psicológico y mental, de manera que pueda vivir con dignidad."*

La vida digna aparece como un derrotero puntual en el cual los intereses de los afiliados sobrepasan el carácter financiero y prestacional del derecho a la salud, como más adelante la Corte Constitucional señala:

*"De manera que el compromiso del Estado con la prestación de los servicios médico asistenciales, que demandan las personas que carecen de recursos para atenderlos y que por su estado de salud mental, edad y nivel de desarrollo tienen derecho a que el Estado y la sociedad les brinden un trato preferente, no está sujeto a las restricciones que imponen los Planes Obligatorios, como tampoco está sujeta a dichas restricciones la atención en salud que se conecta con la existencia misma de la persona y con su derecho a vivir con dignidad.*

*En consecuencia, cuando un usuario del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cumple alguna de las anteriores características, o varias de ellas, demanda una actividad, un procedimiento, una intervención, o un medicamento excluido del Plan que rige su vinculación lo que acontece es que debe ser atendido pero cambia la modalidad de la prestación, porque la empresa a la que se encuentra afiliado no se exonera de la prestación, sino que puede exigir del Estado el reintegro de los gastos en que incurre, o demandar que el usuario sea atendido en otra institución.*

*Lo anterior porque mientras permanezca el usuario afiliado al Sistema de Seguridad Social en salud la empresa promotora o a la administradora debe velar por su atención integral, aunque determinadas acciones y procedimientos no les correspondan adelantarlos directamente".*

En este anterior extracto, se hace referencia a un punto muy importante en lo tocante a los servicios que debe proveer el SGSSS. En el entendido en que los derechos que le asisten a las personas en condición de especial vulnerabilidad son de mayor relevancia. Sobre ello la Corte Constitucional ha desarrollado a través del tiempo la doctrina de los *sujetos de especial protección* cuya característica es lo complejo y vulnerable de su circunstancia. En ese sentido, la regla que la Corte ha observado es que a una mayor asimetría en la circunstancia de quien detenta el derecho, mayor debe ser su nivel de protección. En efecto, dentro de esta vulnerabilidad particular se encuentran aquellos que por sus recursos económicos no se encuentran en capacidad de solventar los tratamientos y medicamentos necesarios para su supervivencia. Lo anterior implicaría que los miembros del régimen subsidiado en salud, pueden ser *sujetos de especial protección*, de la manera en la que lo ha entendido la Corte en su jurisprudencia.

En esta ocasión, se acude a un fallo en el cual se insta a CAPRECOM a entregar la información relativa al cuidado de su salud al demandante, y proveerle los servicios médicos a los que haya lugar para el mantenimiento de su derecho.

### **7.3 La negligencia en el pago y el tránsito al régimen subsidiado: una excepción**

En el caso en cuestión en la sentencia T-467 de 2003, redactada por el Magistrado Alfredo Beltrán Sierra, trae el caso de una trabajadora independiente cuya ausencia en la capacidad de pago la llevó a no poder cancelar los aportes a los que se había obligado a través de su afiliación. Razón por la cual su EPS le denegó el acceso al servicio y esto originó la acción de tutela analizada en este frente por la Corte. Al respecto, señala la corporación mencionada:

*"...la protección de los derechos fundamentales, no puede extenderse hasta el punto de justificar la negligencia propia del actor. Recuérdese que el sistema general de seguridad social en salud consagra dos tipos de regímenes que son el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Es decir, en el régimen contributivo se encuentran afiliados quienes tienen capacidad de pago, siendo evidente que dentro de sus obligaciones estará la de hacer las cotizaciones al sistema oportunamente. Empero, cuando estas cotizaciones se hacen a través de un empleador, la conducta morosa de éste no tiene por qué afectar los derechos del trabajador quien es totalmente ajeno a esta situación. Por ello, y frente a esta situación, la Corte ha dicho, que si el empleador no transfiere a la EPS los aportes correspondientes o retiene indebidamente las sumas descontadas al trabajador, no solamente se encuentra sujeto a sanciones administrativas y económicas, sino que además su conducta podría ser penalmente sancionada, puesto que se está dando una destinación diferente a recursos de carácter parafiscal (v gr sentencias T-768 de 2001, T-1181 y T- 1583 de 2000)*

*No sucede lo mismo cuando la persona cotiza como trabajador independiente al sistema contributivo y deja de hacerlo, pues aquí la prestación del servicio médico que en su momento llegare a necesitar es su responsabilidad, así debe entenderlo quien se afilia al sistema como cotizante independiente. De lo contrario, en caso de no tener capacidad económica suficiente, puede acceder a los servicios de salud, a través del régimen subsidiado".*

Dada esta línea de argumentación, la Corte Constitucional confirmó la sentencia por la cual se negó la acción de tutela contra la EPS. Esta sentencia es bastante esclarecedora al respecto de la calidad de la afiliación de una persona para poder acceder al SGSSS. La Corte establece que ante la pérdida de capacidad de pago como cotizante, bien puede una persona recurrir al régimen subsidiado para seguir obteniendo los beneficios del POS y mantener su derecho a la salud sin mayores turbaciones. Más que una inquietud sobre la movilidad de los afiliados, es sobre la protección efectiva al derecho por medio del régimen adecuado para cada propósito. Lo anterior, es muestra de que la calidad en la cual se afilia el ciudadano al sistema es indiferente siempre y cuando pueda seguir percibiendo los beneficios del SGSSS, o lo que es lo mismo, que la garantía material siga predominando sobre el aspecto formal.



## 7.4 Afiliación material prevalece ante afiliación formal

En la Sentencia T-764 de 2006 con ponencia de Rodrigo Escobar Gil, se examina el caso de un ciudadano afiliado a través del régimen subsidiado a quien le practicaron una operación relativa al cáncer de riñón que lo aquejaba. Posteriormente, al solicitar la quimioterapia relativa a la operación, la Institución Prestadora de Salud le negó dicho servicio aduciendo que la Secretaría de Salud de Barranquilla no había cancelado los pagos relativos a este usuario en particular. Dijo la Corte:

*"...esta Sala no comparte el argumento esgrimido ni por el accionado, ni por los despachos judiciales de instancia para negar la protección en salud requerida por el accionante, consistente en afirmar que no aparece como beneficiario del Régimen Subsidiado de Salud, puesto que de acuerdo con el principio de la buena fe, previsto en el artículo 83 de la Constitución Política, es posible deducir la vinculación efectiva del actor al Sistema de Seguridad Social en Salud, en el Régimen Subsidiado. Ello es así, por una parte, porque el accionante ha sido atendido por la Red Pública Hospitalaria de Barranquilla, la cual-entre otras- se encuentra prevista para asegurar la atención en salud a las personas beneficiarias del SISBEN, y por la otra, porque así se acreditó en la demanda de tutela, al anexar certificados médicos emanados de institutos de salud, que según el demandante -sin que exista contradicción alguna frente a este hecho-, se encuentran vinculados al mencionado régimen subsidiado, como lo son, las órdenes de atención de la IPS QUIMIOSALUD".*

En este caso, la Corte protegió el derecho del accionante aun cuando la IPS alegó no tener noticia de la vinculación del ciudadano al régimen subsidiado. Se valió la corporación de la prueba fehaciente que resultó ser la operación y los certificados de la Red Pública Hospitalaria de Barranquilla. De acuerdo con la argumentación traída a cuento en este escrito, debe preponderar el principio de buena fe cuando de dirimir el conflicto se trata. En este entendido, la Corte revocó las decisiones de instancia y tuteló el derecho del accionante.

El mismo caso fue expuesto en la T-536 de 2007 con el magistrado Humberto Antonio Sierra Porto, en el cual una ciudadana del régimen contributivo requería una operación que su médico tratante determinó como necesaria. Sin embargo, entre el momento de la orden y la realización de la operación, la afiliada perdió su calidad de tal dado que no realizó los pagos necesarios. Al respecto la Corte mencionó:

*"Una EPS no puede suspender el tratamiento o medicamento necesario para salvaguardar la vida, la salud y la integridad de un paciente, con base, entre otras, en las siguientes razones: (i) porque la persona encargada de hacer los aportes dejó de pagarlos; (ii) porque el paciente ya no esté inscrito en la EPS que venía adelantando el tratamiento, en razón a que fue desvinculado de su lugar de trabajo; (iii) porque la persona perdió la calidad que lo hacía beneficiario; (iv) porque la EPS considere que la persona nunca reunió los requisitos para haber sido inscrita, a pesar de ya haberla*

*afiliado; (v) porque el afiliado se acaba de trasladar de otra EPS y su empleador no ha hecho aún aportes a la nueva entidad; o (vi) porque se trate de un medicamento que no se había suministrado antes, pero que hace parte de un tratamiento que se está adelantando. Siguiendo esta línea argumentativa, estima la Sala que no es posible que una EPS se niegue a practicar una intervención quirúrgica cuando tal decisión tiene origen en la suspensión o desvinculación del afiliado o beneficiario por terminación del vínculo laboral puesto que esto vulneraría flagrantemente los derechos fundamentales de las personas”.*

De este modo, la Corte tuteló el derecho a la salud, y ordenó a la EPS realizar los trámites correspondientes para realizar la operación solicitada. En ambos casos, si bien habría un impedimento de trámite que formalmente impedía la realización de la operación, la Corte en un ejercicio de garantismo proveyó la protección del derecho, lo que muestra su arraigo para este punto de la línea jurisprudencial. Otro punto importante de contraste en este particular, es que la calidad de afiliado al sistema se produjo en calidades distintas (régimenes contributivo y subsidiado) y ello no implicó ninguna distinción al momento de decisiones uniformes en cuanto a la protección al derecho.

## **7.5 La salud como derecho fundamental**

Por último, la sentencia T-361 de 2014 de Jorge Ignacio Pretelt, reiteró la posición permanente de la Corte desde el año 2008, en el sentido de señalar que dentro del ordenamiento colombiano, el derecho a la salud es un verdadero de derecho fundamental, que no quiere conexidad con ningún otro sino que por sí mismo puede accionar el ordenamiento en sede de tutela:

*"en la sentencia T-760 de 2008 donde la Corte Constitucional sistematizó y compiló las reglas jurisprudenciales que esta corporación ha establecido sobre el derecho a la salud. En esta providencia se argumentó, al igual que en reiteradas oportunidades, que el derecho a la salud es un derecho fundamental autónomo, y como tal, lo definió como un derecho complejo, que protege múltiples ámbitos de la vida humana, desde diferentes perspectivas. De allí que concluyó, que su ámbito de protección, no está delimitado por los planes obligatorios de salud, de manera que la prestación de un servicio de salud debe suministrarse aunque no esté incluido en dicho plan, cuando estos se requieren con necesidad, el cual puede comprometer en forma grave la vida digna de la persona o su integridad personal.*

(...)

*...el derecho a la salud es un derecho fundamental de todos los habitantes del territorio nacional que debe ser respetado y protegido y, que puede ser invocado a través de la acción de tutela cuando este resultare amenazado o vulnerado, para lo cual, los jueces*

*constitucionales pueden hacer efectiva su protección y restablecer los derechos vulnerados”.*

Retirando la conexidad con la vida y asumiendo la fundamentalidad del derecho a la salud, se reiteró que la calidad en la cual el ciudadano se acerca al sistema (en régimen subsidiado o contributivo) es indiferente al momento de atender la necesidad fundamental del derecho. Como conclusión de lo anterior, puede reiterarse lo señalado al principio de este análisis: la calidad de la afiliación es constitucionalmente inconsecuente cuando de la prestación efectiva del servicio se trata.

## **7.6 Conclusiones**

De acuerdo con los elementos planteados en las sentencias analizadas es posible extraer las siguientes conclusiones. El avance jurisprudencial de la Corte Constitucional ha virado de un entendimiento de la salud como un derecho conexo con la vida, a uno de naturaleza independiente y fundamental. Entendimiento que se encuentra plasmado en la Ley Estatutaria de la Salud (Ley 1751 de 2015). Como se anunció inicialmente, la Corte no repara en mucha medida en la modalidad de afiliación de los ciudadanos al momento de su adjudicación, sin embargo, el privilegio por los así llamados *sujetos de especial protección* de la Corte parece indicar que el régimen subsidiado por la especial vulnerabilidad de su circunstancia puede tener un refuerzo especial en cuanto a su protección efectiva.

## **8 CONCLUSIONES GENERALES**

En definitiva, la descripción precedente sobre la manera cómo opera la normatividad vigente en materia del SGSSS en distintos estadios de la afiliación, no solo da cuenta de los elementos que componen los regímenes contributivo y subsidiado, sino de los principios axiológicos sobre los que estos se cimientan y el espíritu de las normas que reglamenta a cada uno de ellos; todos estos aspectos fundamentales para la comprensión de la orientación y las implicaciones del modelo y la concepción de la salud implementados en Colombia.

De tal modo, a pesar del carácter eminentemente técnico de la reglamentación de los regímenes que componen el sistema de salud, es posible rastrear e identificar como las disposiciones en ella contempladas fueron incorporadas con el propósito de dar cumplimiento a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, equidad, sostenibilidad y calidad en la prestación del servicio de salud en Colombia.

No obstante lo anterior, la finalidad de contribuir al mejoramiento de la salud de la población colombiana, en cumplimiento de los principios que inspiraron la normatividad descrita, no ha sido cumplida a cabalidad debido a las problemáticas que se han suscitado en la implementación de esta legislación, lo cual ha puesto al descubierto el abismo existente entre la orientación de las políticas públicas en materia de salud y la garantía de esta como derecho fundamental.

De este modo, la concepción de la prestación de salud como una actividad de aseguramiento privado fundamentado en los aportes por concepto de cotizaciones, copagos y cuotas moderadoras –en definitiva, como como un asunto propio de un intercambio económico- pone de presente la primacía de las consideraciones propias de un contexto de mercado, en el que se privilegia la optimización de los recursos sobre consideraciones de otra índole; lo cual puede reñir, en determinadas circunstancias, con la garantía del derecho a la salud. Así sucede, por ejemplo, cuando un paciente que no cuenta con capacidad de pago no puede acceder a procedimientos médicos o medicinas que no se encuentran incluidas en el POS y se ve abocado a exigir ante la jurisdicción constitucional el amparo de la salud como derecho fundamental, debido a las carencias del sistema de salud para afrontar estas eventualidades.

Esta problemática evidencia la colisión que se presenta entre dos alternativas que, sin ser antagónicas, se han contrapuesto entre ellas en el modelo de salud. Estas son, por un lado, la viabilidad y sostenibilidad económica del sistema de salud y, por otro, la realización de los principios y derechos constitucionales establecidos por la Constitución y reiterados por los lineamientos determinados por la Corte Constitucional en la materia.

## 9 NORMOGRAMA

Norma	Objeto	Fecha	Estado	Promulga
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones	10-1-1990	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Decreto 2148 de 1992	Por el cual se reestructura el Instituto de Seguros Sociales, ISS	30-12-1992	Vigente	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".	23-12-1993	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Decreto 806 de 1998	Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional	30-4-1998	Vigente	Ministerio de Salud
Acuerdo 117 de 1998 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	29-12-1998	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 125 de 1999 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones.	26-3-1999	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Decreto 1804 de 1999 Nivel Nacional	Por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	14-9-1999	Vigente	Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de Salud
Ley 691 de 2001	Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia	18-9-2001	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Ley 715 de 2001	Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.	21-12-2001	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Acuerdo 229 de 2002 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se define la proporción de UPC - S que se destinará para la financiación de las acciones de promoción y prevención para el Régimen Subsidiado a cargo de las	17-5-2002	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Promulga</b>
	entidades territoriales y las Administradoras del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.			
Decreto 1281 de 2002	Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación	19-6-2002	Vigente	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Decreto 1703 de 2002	Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	2-8-2002	Vigente	Ministerio de Salud
Decreto 3023 de 2002	Por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 230 de la Ley 100 de 1993 y 68 de la Ley 715 de 2001.	11-12-2002	Vigente	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
Decreto 163 de 2004 Nivel Nacional	Por el cual se reglamenta el artículo 216 de la Ley 100 de 1993.	22-1-2004	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 515 de 2004 Nivel Nacional	Por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS.	20-2-2004	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 506 de 2005 Nivel Nacional	Por el cual se modifica parcialmente el Decreto 515 de 2004 y se dictan otras disposiciones.	25-2-2005	Modificado por el Decreto Nacional 3880 de 2005	Ministerio de la Protección Social
Decreto 2320 de 2005 Nivel Nacional	Por medio del cual se establece un requisito para que las EPS y ARS puedan administrar los recursos del régimen subsidiado de salud.	8-7-2005	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Acuerdo 297 de 2005 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se definen aspectos relacionados con la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado.	16-8-2005	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 298 de 2005 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se adiciona parcialmente el Acuerdo 294 del CNSSS.	16-8-2005	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 300 de 2005 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se definen algunas condiciones de operación en el régimen subsidiado	16-9-2005	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Decreto 3880 de 2005 Nivel Nacional	Por el cual se modifican parcialmente los Decretos 515 de 2004, 506 de 2005, 3010 de 2005 y se dictan otras	31-10-2005	Vigente	Ministerio de la Protección Social



Norma	Objeto	Fecha	Estado	Promulga
	disposiciones.			
Decreto 4127 de 2005	Por el cual se define el número mínimo de afiliados que deban acreditar las ARS o EPS Indígenas.	16-11-2005	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Acuerdo 320 de 2005 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por medio del cual se modifica parcialmente el Acuerdo 297 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS.	22-12-2005	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Circular 36 de 2006 Ministerio de la Protección Social	Pago de los Recursos del Régimen Subsidiado a las ARS.	28-7-2006	Vigente	Ministerio de la Protección Social
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.	9-1-2007	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Decreto 1020 de 2007	Por el cual se reglamenta la ejecución y giro de unos recursos del régimen subsidiado y aspectos de la prestación de servicios de salud a la población cubierta con subsidios a la demanda	30-3-2007	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Resolución 3309 de 2007 Ministerio de la Protección Social	Por la cual se reglamenta el inciso 2º del artículo 17 de la Ley 1122 de 2007. NOTA: El inciso 2 del art. 17 de la Ley 1122 de 2007, fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-035 de 2008.	18-9-2007	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Acuerdo 365 de 2007 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por el cual se establecen disposiciones para el no cobro de copagos a poblaciones especiales en el régimen subsidiado.	20-9-2007	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Decreto 1357 de 2008 Nivel Nacional	Por el cual se adopta una medida para garantizar la afiliación al Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	25-4-2008	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 3556 de 2008 Nivel Nacional	Por el cual se modifica el Decreto 515 de 2004, "por el cual se define el Sistema de Habilitación de las Entidades Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS, (hoy Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado -EPS'S)"	16-9-2008	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Acuerdo 415 de 2009 Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	Por medio del cual se modifica la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	29-5-2009	Vigente	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
Acuerdo 4 de	Por el cual se da cumplimiento a la	30-9-2009	Vigente	Comisión de

<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Promulga</b>
2009 Comisión de Regulación en Salud – CRES	Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional.			Regulación en Salud - CRES
Circular 2 de 2010 Comisión de Regulación en Salud - CRES	Unificación de cobertura en los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para niños y niñas menores de dieciocho años.	19-2-2010	Vigente	Comisión de Regulación en Salud - CRES
Decreto 965 de 2010 Nivel Nacional	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el artículo 4º del Decreto-ley 132 de 2010 y se dictan otras disposiciones.	24-3-2010		Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de la Protección Social y Departamento Nacional de Planeación
Decreto 1038 de 2010 Nivel Nacional	Por medio del cual se reglamenta parcialmente el Decreto Legislativo 132 de 2010.	30-3-2010	Vigente	Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social
Decreto 1965 de 2010 Nivel Nacional	Por el cual se dictan disposiciones para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud.	31-5-2010	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Resolución 2114 de 2010 Ministerio de la Protección Social	Por la cual se adoptan instrumentos y se define el procedimiento para el giro de los recursos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud por parte de la Entidades Territoriales y se dictan otras disposiciones	9-6-2010	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Ley 1438 de 2011	Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones	19-1-2011	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Circular 16 de 2011 Ministerio de la Protección Social	Alcance de la aplicación del Decreto 415 de 2011 y la Declaración de Giros y Aceptación de Saldos.	22-2-2011	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 971 de 2011 Nivel Nacional	Por medio del que se define el instrumento a través del cual el Ministerio de la Protección Social girará los recursos del Régimen Subsidiado a las Entidades Promotoras de Salud, se establecen medidas para agilizar el flujo de recursos entre EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.	31-3-2011	Vigente	Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social
Resolución 2320 de 2011 Ministerio de la	Por medio de la cual se establece el mecanismo de reporte de la información por parte de las Entidades Promotoras	17-6-2011	Vigente	Ministerio de la Protección Social



<b>Norma</b>	<b>Objeto</b>	<b>Fecha</b>	<b>Estado</b>	<b>Promulga</b>
Protección Social	de Salud relacionada con los montos a girar a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones.			
Circular Externa 51 de 2011 Ministerio de la Protección Social	Ley de Formalización y Generación de Empleo – descuento subcuenta de solidaridad y garantía FOSYGA.	20-9-2011	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 4023 de 2011 Nivel Nacional	Por el cual se reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo del Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA, se fijan reglas para el control del recaudo de cotizaciones al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	28-10-2011	Vigente	Ministerio de la Protección Social
Decreto 4962 de 2011 Nivel Nacional	Por el cual se reglamenta parcialmente el artículo 31 de la Ley 1438 de 2011.	30-12-2011	Vigente	Ministerio de Salud y Protección Social
Acuerdo 32 de 2012 Comisión de Regulación en Salud - CRES	Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Régimen Subsidiado.	17-5-2012	Vigente	Comisión de Regulación en Salud - CRES
Decreto 1396 de 2012 Nivel Nacional	Por el cual se prorroga el término establecido en el Decreto 4465 de 2011.	29-6-2012	Vigente	Ministerio de Salud y Protección Social
Decreto 2638 de 2012 Nivel Nacional	Por el cual se prorroga el término establecido en el Decreto 1396 de 2012.	17-12-2012	Vigente	Ministerio de Salud y Protección Social
Decreto 2710 de 2012 Nivel Nacional	Por el cual se regula la cofinanciación de la Nación en la cobertura del Régimen Subsidiado de entidades territoriales productoras que destinaron regalías para dicho Régimen.	27-12-2012	Vigente	Ministerio de Hacienda y Crédito Público y Ministerio de la Protección Social
Ley 1608 de 2013 Nivel Nacional	Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.	2-1-2013	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público
Ley 1751 de 2015 Nivel Nacional	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.	16-2-2015	Vigente	Rama Legislativa del Poder Público

## **10 BIBLIOGRAFÍA**

Arango, R. La jurisdicción social de la tutela. En "Corte Constitucional 10 años. Balance y Perspectivas". Editorial Universidad del Rosario, 2003.

Arbeláez, Mónica. La protección constitucional del derecho a la salud: la jurisprudencia de la corte constitucional colombiana. DS. Volumen 14, 2006.

Carmen Eugenia Dávila Guerrero y Alfredo Luis Rueda Prada. La competencia en el modelo de aseguramiento en salud en Colombia. Universidad Externado de Colombia. (2013)

Calderón, Juan Jacobo. "El derecho a la salud: la doble mirada de la jurisprudencia constitucional" En Revisión a la jurisprudencia constitucional en materia de salud: estado de las cosas frente a la sentencia T-760 de 2008. Editorial Universidad del Rosario, 2009.

Eslava-Castañeda, Juan. *Repensando la Promoción de la Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud* EN Revista de Salud Pública, N 8. 2006. Págs. 106 a 115.

Jaramillo Pérez, Iván. "Antecedentes Históricos de la Reforma Colombiana" en El futuro de la Salud en Colombia. 1999.

Jaramillo, Iván. Los propósitos de la reforma de la seguridad social colombiana. En "Las reformas sociales en acción: salud". CEPAL, 1996.

Jiménez, Natalia. Análisis del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de la nueva gerencia pública. Universidad del Rosario, 2013.

### **MATERIAL NORMATIVO**

T-395 de 1998. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Alejandro Martínez Caballero.

T-744 de 2002. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Eduardo Montealegre Lynett.

T-467 de 2003. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado. Alfredo Beltrán Sierra.

T-764 de 2006. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Rodrigo Escobar Gil.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Departamento Federal de Economía,  
Formación e Investigación DEFI  
Secretaría de Estado para Asuntos Económicos SECO



---

T-361 de 2014. Corte Constitucional Colombiana. Magistrado Jorge Ignacio Pretelt Chaljub