

Villamil, Jesús Emerio
La salud en Colombia: referente de clase social, corrupción y grupos armados ilegales
Nuevo Derecho, vol. 12, núm. 18, enero-junio, 2016, pp. 195-217
Institución Universitaria de Envigado

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=669770729012>

La salud en Colombia: referente de clase social, corrupción y grupos armados ilegales

The health in Colombia relating to social classes, corruption and illegal armed groups

Jesús Emerio Villamil*

Recibido: 23/04/2016 • Aprobado: 26/07/2016

Resumen

El presente documento, pretende dar cuenta de las principales reformas que ha sufrido el Sistema de Salud en Colombia durante las últimas dos décadas y el impacto que éstas han tenido, en la configuración e institucionalización de un sistema de clases sociales a saber: clase alta, media, baja y miserable; de igual manera, busca reflejar comó los grupos armados ilegales, se han beneficiado de tales reformas mediante la apropiación de los recursos públicos, a través de actos de corrupción propiciados por mandatarios locales y empresas privadas prestadoras de servicios de salud. Para ello, se recogen y se analizan datos estadísticos oficiales, así como varias normas relacionadas con el tema, sentencias de la Corte Constitucional, reportes periodísticos y algunos relatos de personas desmovilizadas de los grupos paramilitares.

Palabras clave:

Sistema de salud, reformas, Entidades Promotoras de Salud (EPS), clase social, grupos armados ilegales, régimen de salud, corrupción.

Abstract

This document seeks to explain the main reforms that has suffered Health System in Colombia during the past two decades and the impact they have had in shaping and institutionalizing a system of social classes namely upper class, medium, low and miserable; likewise, seeks to reflect and illegal armed groups, have benefited from these reforms through the appropriation of public resources through corruption fostered by local officials and private companies providing health services. To this end, official statistics collected and analyzed, and several standards related to the subject, rulings of the Constitutional Court, media reports and some stories of demobilized paramilitary groups.

Keywords:

Health system, reforms, Health Promotion Entities (EPS), social class, illegal armed groups, health regime, corruption.

Citación sugerida: Villamil, J. (2016). La Salud en Colombia: referente de clase social, corrupción y grupos armados ilegales. *Nuevo Derecho*, 12 (18), 195-217

* Administrador Público. Especialista en Gestión Pública. Estudiante de Maestría en Estudios Políticos de la Universidad Nacional de Colombia – Sede Medellín, línea de investigación: Gestión, Administración y Políticas Públicas. Funcionario de la Contraloría General de la República. Correo: jevillamil@unal.edu.co.

1. Introducción

La Ley 100 de 1993, reformó y creó en Colombia el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud - Sgsss, el cual, debía regirse por una serie de principios básicos como: la universalidad, la participación ciudadana, la participación comunitaria, la subsidiaridad, la complementariedad y la integración funcional, estos tres últimos se orientaron hacia una armonización del sector público y privado; así mismo, definió un modelo solidario que buscaba regular los servicios de salud pública esencial y la creación de las condiciones de acceso, en todos los niveles de atención de la población.

Este artículo, producto de conocimientos empíricos apoyados en la revisión de varias fuentes bibliográficas, es una reflexión crítica del sistema Sgsss y busca constatar, cómo la mencionada norma, significó el establecimiento e institucionalización de un sistema de clases sociales frente al Estado, la sociedad y el mismo sistema de salud; un nuevo esquema de distribución y giro de los recursos de la salud; así como el ingreso de empresas privadas auspiciadas por grupos ilegales, que dentro de un entramado comercial y financiero carente de controles e invadido de numerosos focos de corrupción, facilitó el desvío de recursos hacia dichas organizaciones ilegales, generando la crisis del sistema desde el año 2009.

Para el análisis, se tomaron datos y cifras oficiales con fecha de corte a 31 de diciembre de 2014 y algunos datos proyectados para la vigencia 2015.

El texto se divide en dos segmentos, donde se abordan las temáticas mencionadas anteriormente, las cuales tienen que ver con, el derecho a la salud como referente de clase social, en el cual, se hace una caracterización y descripción del sistema y en un segundo lugar, cómo los recursos de la salud se han convertido en una fuente de financiación de grupos ilegales en Colombia, a partir de prácticas corruptas; finalmente se esbozan varias conclusiones, que buscan generar algún tipo de inquietud en el lector acerca del tema.

2. El derecho a la salud, como referente de clase social

Pierre Bourdieu, sostiene que todo espacio social es un espacio de diferencias, “en el que las clases existen en cierto modo de estado virtual, no como algo en el papel, sino como algo que se trata de construir” (Bourdieu, 1997, p.25); en consecuencia, estas diferencias son las que pudieran generar el llamado sistema de estratificación social, el cual, según Torche & Wormald (2004),

[...] refleja la jerarquía entre grupos o estratos sociales y la existencia de una desigualdad institucionalizada, en el acceso que tienen las personas y grupos a los recursos, servicios y posiciones que la sociedad valora. En este sentido, se expresa una desigualdad estructurada, al tiempo que determina quién recibe qué y los criterios por los cuales, los diferentes grupos acceden a las diversas oportunidades sociales (Torche & Wormald, 2004, p.9).

Por su parte Benach & Amable (2004), tomando en consideración los postulados de Max Weber, sostienen que las relaciones de clase, reflejan las diferentes oportunidades respecto al mercado y el consumo.

Por otra parte, es necesario precisar que la clase social en este caso, se debe percibir como una forma de estratificación social, en la cual, un grupo de individuos comparten una característica común, que los vincula social o económicamente, sea por su función productiva, social o el poder adquisitivo o económico, tal como lo referencia Alejandra Padilla, “la sociedad de clases constituye una división jerárquica, basada principalmente en las diferencias de ingresos, riquezas y acceso a los recursos materiales” (Padilla Juárez, 2004, p.22).

De otro lado Zygmunt Bauman, señala que en el extremo inferior de la sociedad, se encuentra un segmento de población que él denomina “clase marginal”, la cual define como “una congregación de individuos que, a diferencia del resto de la población, no pertenece a ninguna clase y en consecuencia, no pertenece a la sociedad” (Bauman, 2011, p.11).

Este autor también aclara, que esta categoría de clase marginal no sugiere ninguna función, como en el caso de la clase alta, media o baja, por el contrario, su estatus es el de:

[...] emigrados internos o inmigrantes ilegales o forasteros infiltrados: personas despojadas de los derechos que poseen los miembros reconocidos y reputados de la sociedad; en pocas palabras, esta clase es un cuerpo extraño que no se cuenta entre las partes naturales e indispensables del organismo social (Bauman, 2011, p.12).

Por otra parte y centrándonos en nuestro tema de interés, tenemos que las reformas realizadas al Sistema de Salud en Colombia, a partir de la Constitución de 1991¹ y más específicamente a partir de la Ley 100 de 1993, profundizaron y afianzaron la redistribución jerárquica de la población, en un esquema institucionalizado de clases sociales; aseveración que se desprende del análisis a los desarrollos y las transformaciones generadas, a partir de las citadas normas.

Dentro de éstas, se observa que el sistema-modelo de salud implementado, se basó en el aseguramiento en salud, con la participación de entidades aseguradoras tanto públicas como privadas, contando además con la intervención estatal para su funcionamiento; este sistema se organizó en tres regímenes a saber: el régimen especial o de excepción (RE), el régimen contributivo (RC) y el régimen subsidiado (RS).

De acuerdo a la mencionada norma, a través del RS se afilan y aseguran, todas las personas sin capacidad de pago, los mecanismos de financiación de este régimen son transferencias nacionales, contribuciones solidarias y recursos provenientes de los esfuerzos propios, que hacen las entidades territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios).

En la práctica, éste régimen se ha caracterizado por contar una deficiente prestación del servicio, reflejado en demoras para la asignación de citas, el suministro de medicamentos y la negación de servicios especializados o de alto costo, así como un trato diferencial –como lo veremos más adelante–, frente a los beneficios que se ofrecen en otros regímenes, los cuales se han venido unificando paulatinamente, a partir de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional (Corte Constitucional, 2008).

1 La Constitución Política de 1991, estableció el derecho de todos los colombianos a la atención en salud, como un “servicio público cuya prestación se realizaría bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con la participación de agentes públicos y privados”. Apartes tomados de la página: www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15.

Entre tanto el RC, afilia y asegura a las personas que tienen capacidad de contribuir a la seguridad social, este régimen se financia a través de las contribuciones de base, establecidas en el 12,5% del salario de los trabajadores, del cual el 8,5% lo paga el empleador y el 4% lo asume el empleado; en este caso, los trabajadores independientes deben asumir el costo total de la cotización, a partir de sus ingresos mensuales.

Este régimen, aunque contiene un paquete de beneficios que en teoría es más amplio que el subsidiado, en la práctica también presenta enormes deficiencias que se relacionan con demoras en la prestación del servicio, el suministro de medicamentos y la negación de servicios especializados o de alto costo, entre otros.

Por su parte, los RE, afilan y aseguran a los trabajadores de las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la empresa colombiana de Petróleos (Ecopetrol), el Magisterio y las universidades públicas, entre otros.

Adicionalmente, dentro del Sgsss se consideró la participación de personas, que lo harían en forma transitoria, mientras se lograba la universalidad de la afiliación y el aseguramiento; son aquellas, que por su incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarias del RS, tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas, que tengan contrato con el Estado, esta población se conoce como la Población Pobre No Asegurada (PPNA).

La pregunta que surge en este aparte es la siguiente: ¿si las personas aseguradas dentro del régimen subsidiado o el contributivo, padecen las inclemencias de un sistema deficiente y corrupto, que pueden esperar o qué tipo de servicio pueden recibir las personas que se encuentran dentro del segmento de la PPNA?

Vale aclarar además, que según el Decreto 196 de 2013² la PPNA es caracterizada como “aquella población urbana y rural de cada distrito, municipio o área no municipalizada, identificada como pobre por el

² Decreto 196 de 2013. “Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre, en lo no cubierto con subsidios a la demanda y se dictan otras disposiciones”.

Sisben³ y las poblaciones especiales registradas en los listados censales, que no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado" (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2013).

Por otro lado, se advierte que dentro del mercado de la salud el sector privado es el dominante, aunque el Estado sigue siendo el regulador; sin embargo, dentro de este existe un segmento altamente especializado que es utilizado por aquellas personas, que tienen una mayor capacidad de ingresos y pueden pagar seguros o acudir a consultas particulares por fuera del sistema, entre ellos encontramos los servicios de la Medicina Prepagada; en este segmento también se puede observar, un buen porcentaje de la población de ingresos medios, que por carecer de cobertura o por no tener acceso oportuno al Sgsss, se ve obligada a acudir a consultas particulares, haciendo pagos de su propio bolsillo.

De otra parte y según las normas anteriores, la afiliación al Sgsss en Colombia es obligatoria y se hace a través de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), públicas o privadas, que se encargan de ofrecer, como mínimo el Plan Obligatorio de Salud (POS), en el Régimen Contributivo (POS-C)⁴ y en el Régimen Subsidiado (POS-S);⁵ entre tanto, los proveedores de los servicios de atención en salud, son las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y las ESE u Hospitales, las primeras pueden estar o no integradas a las EPS, pero en todo caso las IPS son contratadas por las EPS.

Históricamente en Colombia, el POS-C ha sido más amplio que el POS-S desde su conformación en el año 1994; sin embargo, mandatos legales como la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, han ordenado la unificación de ambos planes de beneficios establecidos para ambos regímenes y es por eso que, desde el año 2010 se encuentra en marcha un plan para su unificación, pese a las dudas que persisten acerca de su sostenibilidad financiera, ya que si bien se llega

³ Sisben significa: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (El Pulso, 2005).

⁴ Incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología, además de los servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria -prestaciones económicas-, cuando se presenta incapacidad de trabajar por enfermedad, accidentes o por maternidad.

⁵ Incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología.

a contar con los mismos beneficios, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) continúa siendo diferencial; en este sentido, para la vigencia 2015 se tuvo una UPC de \$629.974,80 para el Régimen Contributivo y una UPC de \$563.590,80 para el Régimen Subsidiado,⁶ reflejándose una diferencia de \$66.384 entre regímenes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Frente a este tema, es necesario mencionar que para el año 2015, el Ministerio de Salud mediante la Resolución 5968 de 2014, inicio la implementación de una prueba piloto de igualación de prima pura de la UPC, del Régimen Subsidiado al Contributivo en varias ciudades, prueba que según la misma resolución, tendrá una duración de dos (2) años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

De otro lado, según los datos del propio Ministerio de Salud, el porcentaje de población asegurada en Colombia ha aumentado significativamente, pasando de un 58,3% de población asegurada en el año 2000 a un 93,98% en el 2014; esta tendencia positiva se debe al crecimiento del Régimen Subsidiado, el cual pasó de un 23.60% en el año 2000 a un 48,01% en el año 2014.

Sin embargo, mientras que la afiliación al Régimen Subsidiado ha aumentado progresivamente, el aumento de la afiliación al Régimen Contributivo no ha sido tan significativa, pasando de un porcentaje de afiliación de 35,22% en el año 2000 a un 43,57% en el 2014. Al mismo tiempo, se observa una disminución en la PPNA, pasando de un 41,17% en el año 2000 a un 6,02% en el 2014; de igual manera, para el año 2014 las personas afiliadas en alguno de los regímenes de excepción o especiales, equivalía al 2,40% de la población asegurada, tal como se observa a continuación.

⁶ Resolución 5925 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. “Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2015, se establecen las primas adicionales diferenciales y se dictan otras disposiciones”.

Tabla 1. Cifras de afiliación al Sgsss (Dic. 31 de 2014)

Tipo de régimen del sgsss	Cantidad población	% Afiliados Al sgsss
Régimen de Excepción	1 143 873	2,4
Régimen Contributivo	20 764 037	43,57
Régimen Subsidiado	22 882 669	48,01
Total población afiliada (asegurada)	44 790 579	93,98
Población Pobre No Asegurada (PPNA)	2 870 789	6,02
Población total DANE 2014 ⁷	47 661 368	100

Fuente: Elaboración propia con datos de: MinSalud, Fosyga, DANE, Inpec.

Con base en los anteriores datos, a continuación se presenta el detalle de las cifras de distribución de la población afiliada y no afiliada, a los diferentes regímenes del SGSSS durante el año 2014, en relación con las tasas de crecimiento poblacional reportadas por el DANE para la misma vigencia:

Gráfica 1. Distribución de población afiliada al Sgsss

Fuente: Elaboración propia con datos de: MinSalud, Fosyga, DANE, Inpec.

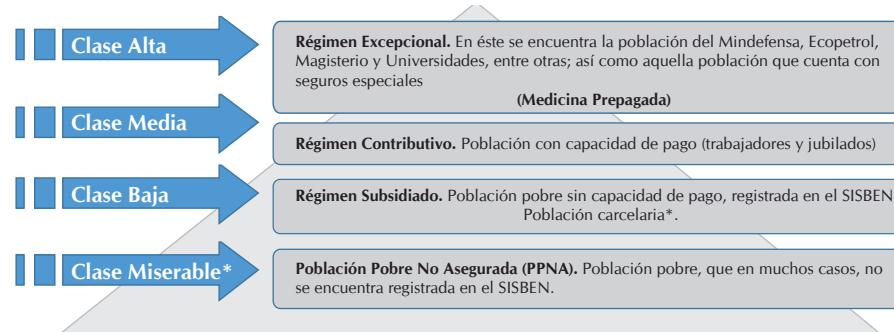
⁷ Resolución 5925 de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social. "Por la cual se fija el valor según las proyecciones de crecimiento de la población colombiana, realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la cifra poblacional total a nivel nacional, a diciembre de 2014, se estimó en 47.661.368 habitantes. Tomando del documento: "Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 – 2020, total departamental por área". En: https://www.dane.gov.co/reloj/reloj_animado.php.

Pese a los avances observados anteriormente, la tendencia que se observa en la afiliación es contraria a lo planteado en 1993, cuando se proyectaba un escenario ideal, en el cual se pretendía tener cerca del 70% de las personas aseguradas en el Régimen Contributivo y 30% en el Régimen Subsidiado.

Según la Corporación “Así vamos en salud”,⁸ la consecuencia primordial de esta disparidad, es que la financiación del sistema tiende a recaer cada día más en los recursos públicos y menos en las contribuciones de los trabajadores formales de la economía, ya que factores como el desempleo o la informalidad laboral, afectan directamente el monto de las cotizaciones en salud.

Entre tanto, la distribución de la población reflejada anteriormente de acuerdo al régimen de salud y los beneficios que se reciben en cada uno de ellos -según se consignó anteriormente-, permiten concluir que la población colombiana, se encuentra jerarquizada en varios segmentos, los cuales guardan ciertas características diferenciales entre sí, marcadas por unos elementos fundamental de diferenciación como lo son, los ingresos y la capacidad de pago, criterios que permiten clasificar y caracterizar la población con relación a determinada clase social, según el siguiente esquema:

Grafica 2. Regímenes del SGSSS por segmentos de población y clase social



Fuente: Elaboración propia con información del MinSalud, DNP, FOSYGA y DANE.

⁸ Corporación dedicada a realizar seguimiento al Sector Salud en Colombia. www.asivamosensalud.org.

*En reiteradas sentencias (T-153, T-606 y T-607 todas del año 1998 y T-131 de 2008, entre otras), la Corte Constitucional ha insistido en la necesidad de constituir o convenir un Sistema de Seguridad Social en Salud, que garantice la atención a la población reclusa del país.

**El apelativo de “Miserable”, en este caso no se utiliza como sinónimo de “desdichado o infeliz”, sino como significación de aquellas personas que se encuentran por debajo de las líneas de pobreza y viven en la miseria; en palabras de Bauman, “aquellas personas despojadas de sus derechos” (Bauman, 2011, p. 12).

Teniendo en cuenta lo anterior y retomando los aportes teóricos planteados al inicio, podríamos atrevernos a construir una caracterización de la población, de acuerdo a la clase social o régimen de salud donde se encuentra afiliada, así:

Tabla 2. Caracterización de la población

Regimen de salud	Clase social	Características de la población
Régimen excepcional	Alta	Funcionarios del gobierno nacional y descentralizado (nivel ejecutivo, asesor, profesional, técnico, asistencial, etc.); empresarios del sector público y privado; dirigentes políticos, entre otros. Se caracterizan principalmente por tener asegurados sus ingresos económicos, en mayor cantidad y de manera permanente, situación que les favorece llevar estilos de vida cómodos, tener dinero suficiente y dedicar mayor tiempo al ocio.
Régimen contributivo	Media	Empleados públicos y privados, trabajadores independientes y personas jubiladas, que a pesar de tener asegurados sus ingresos en menor cantidad y con cierta estabilidad, gozan de ciertos privilegios y comodidades económicas y sociales.

Régimen subsidiado	Baja	Personas que carecen de una fuente de ingresos y que socioeconómicamente, tienen un alto nivel de pobreza, caracterizado por carencias y limitaciones para acceder a beneficios económicos y sociales (dentro de este régimen, el Estado ha incluido a la población reclusa).
Población pobre no asegurada	Miserable	Población que no figura dentro de los registros oficiales, que generalmente viven en la miseria y carecen de todo tipo ayuda o beneficio estatal (habitantes de la calle, desplazados, entre otros).

Fuente: *Elaboración propia con base en los registros anteriores*

Retomando lo planteado al comienzo por Padilla Juárez (2004), es evidente que el sistema de salud en Colombia, define no solamente un paquete de beneficios a los que se tiene derecho y se puede acceder, sino que también, determina una división jerárquica de la población, basada en la desigualdad de acceso a los recursos públicos, así como el tipo de trato que se puede recibir durante su trámite, lo que Torche & Wormald definen como una desigualdad institucionalizada, la cual determina quien recibe qué y los criterios por los cuales se accede a ellos (Torche & Wormald, 2004).

Ahora bien, si nos referimos a la población en términos de cifras, podemos señalar que en Colombia existen aproximadamente 2,8 millones de miserables, que equivalen al 6,02% de la población y 22,8 millones de pobres,⁹ que se caracterizan por pertenecer a una clase social baja y vivir en la pobreza extrema y la miseria, los cuales suman y representan el 54,03% del total de la población.

⁹ La pobreza, es tal vez uno de los síntomas que más ponen en evidencia, la existencia de la corrupción en una sociedad, en el caso de Colombia, su medición se realiza a partir del método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el cual permite identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza; en este sentido, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), señala que: [...] los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres; los indicadores simples seleccionados por el DNP, son: Viviendas inadecuadas, Viviendas con hacinamiento crítico, Viviendas con servicios inadecuados, Viviendas con alta dependencia económica y Viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela" (Departamento Nacional de Estadística DANE 2011).

Pasando a nuestro segundo segmento del documento, a continuación se describe la manera cómo funcionaba y actualmente funciona, la distribución y el giro de los recursos de la salud, a través del entramado institucional y comercial que existe en torno al negocio; lo anterior, con el fin de efectuar un breve acercamiento a la manera práctica, como los grupos armados ilegales se enquistaron en el sistema, para apropiarse de los recursos de la salud de los colombianos a través de prácticas corruptas.

3. Los recursos de la salud, referente de corrupción y financiación de grupos armados ilegales

En concordancia con los modelos de descentralización en Colombia, promovidos a partir de la Constitución Política de 1991, es importante mencionar que antes del año 2010, el Ministerio de Salud le giraba directamente a los Municipios, todos los recursos de la salud que recaudaba a través de las diferentes fuentes de financiación (Fosyga, SGP y esfuerzo propio, entre otras);¹⁰ por su parte, el Municipio suscribía un Contrato de aseguramiento con las EPS's¹¹ y le giraba a ésta los recursos, de acuerdo a los montos contratados,¹² las EPS a su vez, contrataban la prestación de los servicios médicos con las IPS's y Hospitales, y les pagaba a éstos cada mes vencido.

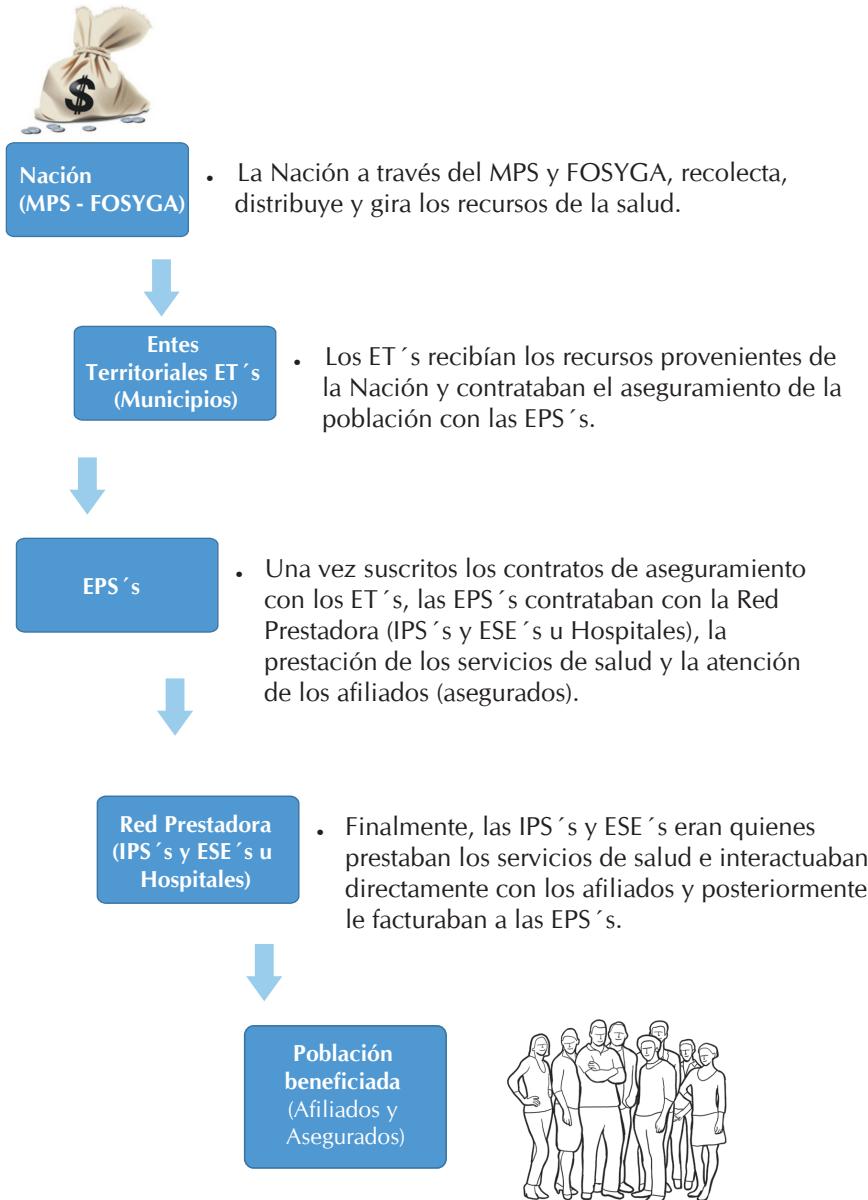
En la siguiente gráfica, a groso modo se observan los diferentes momentos y niveles por donde circulaban los recursos de la salud, antes de llegar a la población beneficiada convertidos en servicios. Sin embargo, la fragilidad del mencionado esquema asociada al riesgo de muchas manos administrando los recursos y los deficientes controles por parte del Estado, permitió que los grupos armados ilegales (especialmente los grupos paramilitares), interviniieran en la cadena y se adueñaran de los recursos de la salud, aprovechando el beneplácito

¹⁰ La distribución y asignación de los recursos, se realiza a través de documentos Conpes, en los cuales se establecen los criterios, las condiciones y los montos de los recursos a distribuir en cada vigencia o año fiscal.

¹¹ Las EPS, nacieron a partir de la Ley 100 de 1993, a través del desarrollo del Sgsss y se han ido transformando y ajustando de acuerdo a los cambios que ha tenido el sistema, en el caso del Régimen Subsidiado nacieron como Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS); sin embargo, a medida que se han ido unificando los beneficios, se han convertido en EPS, para los diferentes regímenes.

¹² Los montos contratados, se tababan de acuerdo al número de personas afiliadas y aseguradas.

Grafica 3. Esquema de giro de los recursos de la salud antes del año 2010



Fuente: Elaboración propia con base en la información del MinSalud.

tanto de mandatarios¹³ locales, como de algunas EPS's, quienes al final terminaron conformando una sola empresa criminal.

A la postre, esta situación hizo que en muchos casos, los Municipios dejaran de girar los recursos de manera oportuna a las EPS y a su vez, éstas incumplieran los pagos a la Red Prestadora (IPS's y Hospitales), igual situación sucedía cuando los recursos llegaban a las EPS y estas incumplían sus obligaciones con la red prestadora; lo que desbordó en grandes focos de corrupción, que comenzaron a proliferar al interior del sistema, consecuencia de un ineficiente sistema de inspección, vigilancia y control, conllevando al aumento de las carteras de los prestadores, el incremento desbordado de la demanda de servicios especializados y la excesiva formulación de medicamentos de alto costo, entre otros factores.

Esta gravosa situación, fue reconocida en su momento por el mismo gobierno nacional y se puede observar en la parte considerativa del Decreto 4975 de 2009, en donde se advirtió que la problemática y la mayor complejidad adquirida por el Sgsss frente al flujo de recursos, se originaba debido a que:

...los procedimientos y mecanismos para su distribución y giro, establecidos en la ley, resultan insuficientes, lo que conlleva a ineficiencias y desvíos, que perjudican a los diferentes agentes del Sistema y hacen más costosa la financiación del mismo, poniendo aún más en evidencia la grave situación de iliquidez en las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que amenaza al goce efectivo del derecho a la salud de los colombianos.

Dicho modelo utilizado para el giro de los recursos de la salud, agravó aún más la situación, lo que se puede corroborar en los resultados del estudio realizado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas a junio de 2009, según el cual, las cuentas por cobrar, de una muestra de 115 instituciones a las entidades territoriales asciende a \$529 000 millones, del cual el 59% tiene un atraso mayor a 90 días... En el mismo sentido y de acuerdo con los informes de los organismos de control, se observa de manera grave, que en algunos casos los

¹³ Mandatarios que cumplían el papel de "fichas claves" dentro del sistema y que en muchos casos, fueron colocados allí con el apoyo de los grupos paramilitares, en el marco del expansionismo de su proyecto narco-paramilitar, bajo el eslogan de un movimiento antisubversivo.

recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud se han destinado a fines diferentes a los mismos¹⁴ (Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., 2009).

Dicha situación, hizo que el gobierno nacional a partir del mes de abril del año 2010, iniciara un plan piloto para efectuar el giro directo de los recursos a la Red Prestadora, quitándole el manejo de los mismos, tanto a los Municipios como a las EPS y como una medida de choque para enfrentar la iliquidez y los focos de corrupción, que venía presentando el sistema; posteriormente y con base en los resultados satisfactorios obtenidos, mediante la Ley 1438 de 2011 se institucionalizó la modalidad del giro directo de los recursos, el cual ha venido avanzando con resultados positivos hasta nuestros días, aunque con varios ajustes.

Tal como lo reconoce el propio Ministerio de Salud, la evolución del sistema ha permitido mejorar de cierta manera la transparencia en el giro y el manejo de los recursos, desde la fuente hasta el asegurador, aclarando que:

[...] las cuentas maestras, las Bases de Datos de Afiliados (BDUA) y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), permiten tener una mayor claridad de los recursos. Sin embargo, una vez los recursos llegan a manos de las EPS su trazabilidad ya no es tan clara; por tanto, medidas que permitan hacer visibles la forma en que se manejan los recursos, son un reto que debe ser resuelto con prontitud (Ministerio de Salud, 2014, p.48).

Como se puede observar en la gráfica anterior, a partir del año 2010 la Nación gira los recursos directamente a la red prestadora, previa verificación y autorización tanto de los Entes Territoriales como de las EPS´s, quienes tienen la responsabilidad de validar las bases de datos de afiliados y efectuar la contratación para la prestación de los servicios; con el agravante, que en este caso los focos de corrupción ya no se concentran en un solo eslabón de la cadena, sino que tienden a expandirse, vinculando en una misma organización criminal, tanto a EPS´s como a algunos integrantes de la red prestadora, quienes se confabulan para efectuar el recobro por bienes y servicios no pres-

¹⁴ Fragmentos extraídos de la parte considerativa del Decreto 4975 del 23 de diciembre de 2009.

“Por el cual se declara el *Estado de Emergencia Social*”, el cual fue declarado INEXEQUIBLE por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-252 de 2010.

Grafica 4. Esquema de giro de los recursos de la salud, después del año 2010
(Giro Directo)



- **Nación (MPS - FOSYGA).** La Nación a través del MPS-FOSYGA, recolecta y gira los recursos de la salud, directamente a la red Prestadora, previa autorización tanto de los ET's como de las EPS's.
- **EPS's** Validan bases de datos (BDUA) y reportan al MPS autorizando el giro directo de los recursos a la Red Prestadora (IPS's y ESE's, con quienes tienen los contratos de prestación de los servicios médicos y la atención de los afiliados; así mismo, reciben el 8% o el 10% de los recursos según el régimen, por el ejercicio de intermediación que realizan.
- **Entes Territoriales ET's (Municipios).** No suscriben contratos, no reciben dinero (papel moneda), validan bases de datos de afiliados (BDUA) y las cruzan con las EPS's, reportan al MPS y autorizan el giro de los recursos a las EPS'S (sin fondos), de acuerdo al número de afiliados por cada una.
- **Red Prestadora (IPS's y ESE's).** Presta los servicios médicos a los afiliados y factura a las EPS's.

Fuente: Elaboración propia con base en la información del MinSalud.

tados o que en otros casos, exceden el valor real de los mismos, tal como se reconoció dentro de los antecedentes del Auto 263 de 2012 de la Corte Constitucional (Corte Constitucional, 2012).

Pese a que el esquema anterior, ha permitido aliviar en parte las finanzas de la red prestadora, aún existen cuantiosas cuentas que los Entes Territoriales adeudan a las EPS's y estas a la red prestadora, deudas que datan desde los años 90' y a las cuales no se les ve un horizonte próximo de solución.

Sin embargo, las constantes protestas y manifestaciones llevadas a cabo por parte de los trabajadores de la salud (públicos y privados), evidencian la crítica situación financiera del sector, a raíz de una deficiente gestión por parte de las EPS's, que siguen incumpliendo con las autorizaciones de pago a la red prestadora y en muchos casos, porque vienen arrastrando antiguas deudas y no cuentan con la suficiente liquidez para responder y en otros, por culpa del mismo Estado que le ha permitido a las EPS's, hacer uso de su filosófica empresarial y comercial, para incorporar al sistema, modelos de integración vertical que al final terminan creando enormes monopolios.

Dicho modelo de integración, permitido e institucionalizado desde la Ley 100 de 1993 bajo el principio de "integración funcional" y regulado por el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, ha abierto un boquete en el sistema, permitiendo que las mismas EPS (hoy en proceso de trasformación a la figura de Gestoras de Salud),¹⁵ cuenten con su propia red prestadora privada, en detrimento de la sana competencia y la calidad de los servicios, y el riesgo de desviación y perdida de los recursos, la desaparición por completo de Clínicas y Hospitales públicos y la intromisión nuevamente, de organizaciones criminales a través de empresas fachada (El Espectador, 2012).

En la práctica, las EPS sirven como intermediarias dentro del Sgsss y llegan a los usuarios para la prestación de los servicios médicos, a través de las IPS, a veces propias o contratadas en la mayoría de los casos; según datos del Ministerio de Salud, a diciembre de 2015 exis-

¹⁵ Denominación que se les dará en adelante, en cumplimiento y desarrollo de la Ley estatutaria 1751 de 2015. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones".

tían aproximadamente 78¹⁶ EPS registradas y habilitadas ante dicha cartera, distribuidas de acuerdo a cada régimen, así:

Tabla 3. Relación de EPS´s registradas

Tipo de régimen	Cantidad de eps´s
Régimen Contributivo	23
Régimen Subsidiado	55
Total	78

Fuente: Elaboración propia con base en la información del MinSalud.

Dentro de su función de intermediarias entre el Estado y los afiliados, su papel fundamental se ha convertido en servir de “peaje” y cobrar un porcentaje,¹⁷ por ver pasar los recursos de la salud, los cuales administraban anteriormente de forma directa, a través de los flujos de efectivo.¹⁸

Calculando el número de afiliados y el monto establecido por concepto de UPC, para la vigencia 2015, se tiene que las EPS´s que administran tanto el Régimen Contributivo como el Subsidiado, se quedan con el 18% de los recursos de la salud (algo más de 2,3 billones de pesos anuales), por gastos de intermediación y/o administración del sistema, de acuerdo a la siguiente discriminación:

Lo anterior, sin contar con las adiciones y contribuciones extraordinarias que realiza el gobierno al sistema, como consecuencia de medidas extraordinarias o comportamientos positivos de la economía del país y otros ingresos que perciben por conceptos de pagos por la prestación de los servicios, conocidos como cuotas moderadoras y copagos (estos tienen como finalidad, contribuir a la financiación de los servicios y regular la demanda de los usuarios por los servicios), lo que podría elevar la cifra a más de un 20%.

¹⁶ Registro especial de prestadores de servicios de salud en: <http://201.234.78.38/habilitacion/>

¹⁷ El Artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, estableció que a partir del 01-ENE-2013 el porcentaje de gastos de administración a favor de las EPS, no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación para el caso del Régimen Contributivo; entre tanto, el Régimen Subsidiado seguirá manejando el 8%.

¹⁸ Esta modalidad dio pie para que se presentaran innumerables de casos de corrupción, a través de la desviación y pérdida de los recursos.

Tabla 4. *Ingresos anuales de las EPS's por servicios de intermediación*

Tipo de régimen del sgss	(1) Población afiliada	(2) Valor Upc - 2015	Total recursos (1) X (2)	% De intermediación	Costos de la intermediación
Régimen Contributivo	20 764 037	629 974 80	13 080 820 056 267 60	10%	1 308 082 005 626 76
Régimen Subsidiado	22 882 669	563 590 80	12 896 461 727 845 20	8%	1 031 716 938 227 62
TOTALES	43 646 706	1 193 565 60	25 977 281 784 112 80	18%	2 339 798 943 854 38

Fuente: Elaboración propia con base en la información del MinSalud.

Por otro lado, tanto las versiones de los desmovilizados de los grupos paramilitares, como los constantes reportes periodísticos, siguen dando cuenta del desvío de los recursos de la Salud, hacia la financiación de grupos armados ilegales; en tal sentido, las declaraciones dadas a la revista semana por el entonces superintendente de salud de Colombia, en el mes de noviembre de 2006, advertían que “en diferentes departamentos y municipios de Colombia tenemos detectadas EPS, ARS e IPS que, según la opinión pública, están financiadas por los paramilitares” (Revista Semana, 2006).

Así mismo, en la edición del 22 de mayo de 2007 el diario El Tiempo, publicó un artículo en el que se señalaba que un “jefe paramilitar desaparecido administraba desde la sombra, EPS indígena Manexca” (El Tiempo, 2007); por su parte, el semanario El Espectador en su edición del 29 de mayo de 2011, referenciaba que “un informe enviado a Washington, señalaba cómo las Auc se apropiaron hasta del 50% de ingresos de gobernaciones. Seis alcaldes del departamento del Casanare contaron cómo fueron obligados a entregar los dineros públicos” (El Espectador, 2011).

De igual forma, la corporación Nuevo Arco Iris en su libro *“La Economía de los Paramilitares”* publicado en el mes de mayo de 2011, dejó al descubierto, cómo los grupos paramilitares y varios jefes políticos, desviaron millonarios recursos de la salud en la costa norte de Colombia.

De manera más reciente, a finales del año 2014 y comienzos del 2015 se comenzó a ventilar una contienda jurídica que se viene presentando entre la EPS Salud Andina, que funciona en la ciudad de Barranquilla y el exsuperintendente de salud, por la negativa de este último, para otorgarle la licencia de funcionamiento a la citada EPS, según el funcionario, por los vínculos que esta empresa tiene con grupos paramilitares (Las 2Orillas, 2014).

4. Conclusiones

La segregación del sistema de Salud en Colombia, tal como se ha explicado dentro del presente texto, genera además de la fragmentación de la institucionalidad, un menor ahorro debido al doble gasto público y la conservación de una población segmentada, así como, un enorme riesgo para el desvío y la perdida de los recursos a manos de grupos armados ilegales y una discriminación social con mayores rasgos de marginalidad.

En la práctica, es evidente que la jerarquización social institucionaliza a partir del Sgsss, ha generado marcadas discriminaciones y desigualdades, a tal punto, que las oportunidades y los niveles de acceso a determinados servicios y beneficios, dependen del tipo de régimen de salud al que se encuentra afiliada la persona, tal como lo enunciaba Torche & Wormald (2004), dicha estructura es la que determina quien recibe qué y los criterios para acceder a diversas oportunidades sociales.

Sin embargo, dicha categorización puede generar cosas positivas y negativas al mismo tiempo, en el entendido que, últimamente el esquema se ha ido popularizando como una herramienta efectiva a través de la cual, se pueden obtener privilegios o desprecios; es decir, pertenecer al régimen de salud más bajo como el Subsidiado o en extremo al de la PPNA, genera una rotulación positiva ante el Estado, caracterizando la persona como un candidato privilegiado con altas

probabilidades de obtener sus beneficios, dadas sus presuntas condiciones precarias de vida, mientras que, ante el común de la sociedad puede significar una condición de paria o de avispado,¹⁹ que se aprovecha del sistema en el mejor de los casos.

De otra parte, es evidente que el papel de intermediación de las EPS´s en vez de facilitar al sistema, mayor agilidad, transparencia y eficiencia en el flujo y la utilización de los recursos de la salud, se han convertido en un “vena abierta”, por la cual se esfuman cada año, más de 2,3 billones de pesos con el aval del Estado, sin que dichos recursos le generen un valor agregado o algún tipo de beneficio a la salud de los colombianos, sin sumar los recursos que se pierden a causa de la corrupción que cohabita en el Sgssss; por el contrario, dichas empresas se han convertido en el mayor fortín de plataforma política de grandes caciques, al tiempo que estas han servido y aún continúan sirviendo de fuente de financiación, de grupos armados ilegales.

Finalmente, no está demás llamar la atención sobre el enorme poder político, que dichas empresas han adquirido con el paso del tiempo, al punto de poder financiar campañas políticas de congresistas, quienes una vez estando allí, se convierten en sus emisarios para hacer lobby y mover sus influencias ante el gobierno y los entes de control del Estado, con el fin de que estos no les realicen procesos de control, impidiendo además, que el gobierno nacional tome medidas para contrarrestar su ineficiente y absurda labor de intermediación.

¹⁹ Remoquete utilizado para caracterizar el arquetipo del antioqueño, que con cierto tinte de sátira describe el reconocido académico Dr. Juan Luis Mejía Arango, en un su artículo “El culto al avispado”, así: “El avispado tiene profunda confianza en sí mismo, por tanto no requiere de preparación, dado que su astucia natural le permite salir triunfante en todas las situaciones. El avispado no prevé las situaciones, las resuelve en cada momento gracias a su viveza. El avispado no hace empresas, hace negocios. Para el avispado la mejor universidad es la calle y la vida. El avispado no cree en el esfuerzo pues sabe cómo se la gana de ojo. El avispado no conversa sino que se come de cuenta a la gente. El avispado es cañero, fagarachero, lanza, espuelón, fregao y ventajoso, tiene agallas y se lleva a todo el mundo por delante. El avispado se ufana: “Yo no lo tumbé, él se cayó sólo”. Para el avispado no hay mayor triunfo que sacar ventaja en cada negocio” (Mejía Arango, 2003, p.51).

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (23 de diciembre de 2009). *Decreto 4975 de 2009. Por el cual se declara el Estado de Emergencia Social*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38291>
- Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (12 de febrero de 2013). *Decreto 196 de 2013. Por el cual se fija el procedimiento y los criterios de distribución y asignación de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud en el componente de prestación de servicios a la población pobre, en lo no cubierto*. Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=51821>
- Bauman, Z. (2011). *Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Corte Constitucional. (31 de julio de 2008). *Sentencia T-760/08*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
- Corte Constitucional. (16 de noviembre de 2012). *Auto 263 de 2012*. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2012/A263-12.htm>
- Departamento Nacional de Estadística DANE. (2011). *Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas - INBI*. Bogotá, D.C. Recuperado de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
- El Espectador. (29 de mayo de 2011). *El botín del paramilitarismo*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/noticias/wikileaks/el-botin-del-paramilitarismo-articulo-273336>
- El Espectador. (4 de marzo de 2012). *La maligna integración vertical*. Recuperado de <http://www.elespectador.com/opinion/maligna-integracion-vertical>
- El Pulso. (junio de 2005). *Se va llegando al Sisbén*. Recuperado de <http://www.periodicoelpulso.com/html/jun05/debate/debate-02.htm>
- El Tiempo. (22 de mayo de 2007). *Jefe paramilitar desaparecido administraba desde la sombra EPS indígena Manexca*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3566457>
- Las 2 Orillas. (12 de diciembre de 2014). *La EPS que quiere mandar a la cárcel al ex super salud Gustavo Morales*. Recuperado de <http://www.las2orillas.co/la-eps-del-paramilitar-gerardo-vecino-quiere-mandar-la-carcel-al-super-salud-gustavo-morales/>
- Mejía Arango, J. L. (julio/diciembre de 2003). *El culto al avispa*. Revista Aleph(126/127).
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia*. Bogotá, D.C.: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (23 de diciembre de 2014). *Resolución 5925 de 2014*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20de%202014.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. (31 de diciembre de 2014). *Resolución 5968 de 2014*. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%205968%20de%202014.pdf
- Padilla Juárez, A. (2004). *Introducción a la Sociología, la Economía y las Ciencias Políticas*. Recuperado de [www.eumed.net: http://www.eumed.net/cu-secon/libreria/2004/apj/](http://www.eumed.net/cu-secon/libreria/2004/apj/)
- Revista Semana. (18 de noviembre de 2006). *¿Qué tan cierto es que el paramilitarismo se tomó la salud en Colombia?*. Recuperado de <http://www.semana.com/nacion/articulo/que-tan-cierto-paramilitarismo-tomo-salud-colombia/82070-3>
- Torche, F., & Wormald, G. (2004). *Estratificación y movilidad social en Chile: entre la adscripción y el logro*. Santiago de Chile: División de desarrollo social de la CEPAL.