

Financiación y derechos humanos: la equidad

6

El tercer núcleo de tensión entre el derecho a la salud y el sistema de salud colombiano se centra en el debate sobre los recursos financieros, su uso, la búsqueda de la equidad y la coparticipación del usuario en el pago de los servicios.

Decíamos en el capítulo que entrega el marco conceptual de este estudio que es posible hallarnos ante cuatro escenarios: a) el reconocimiento del derecho y su garantía, b) el reconocimiento del derecho y su difícil garantía ante problemas de disponibilidad de recursos materiales, c) el reconocimiento del derecho, una relativa disposición de recursos y una distribución injusta de tales recursos y d) la negación del derecho.

En el escenario colombiano, existe claramente el derecho. En relación con los recursos, el gasto en salud se ha incrementado en los últimos años. La ejecución del gasto social en salud con respecto al PIB evolucionó de la siguiente manera: 2,37 (1990), 2,57 (1993) y 4,74 (1997)¹. Este gasto permitió aumentar los servicios: se pasó de 2,5 millones de consultas en 1993, a 5,4 millones en 1994, y de cerca de un millón de hospitalizaciones en 1993, a 1,4 millones en 1997².

Es decir, afirmar que no hay recursos con el propósito de evadir el derecho a la salud sería simplista, algo no aplicable a Colombia, pues estamos ante el primero de los cuatro posibles escenarios. Ahora bien, esos dineros del PIB no han aumentado principalmente por recursos provenientes del Estado, que más bien han

¹ DNP [1999, 4].

² DNP [1999, 13].

disminuido, como precisaremos luego. El gasto en salud se ha incrementado por la participación del sector privado en la oferta de servicios de salud, la integración a un único sistema de los trabajadores cotizantes y la creación de figuras de recaudación de recursos (copagos y cuotas moderadoras) entre los usuarios de los servicios. Se calcula que,

las actividades relacionadas con la salud (administración, intermediación, seguros, servicios médicos y hospitalarios, aportes, medicamentos y exámenes, entre otras) mueven más de 15 billones de pesos anuales. Ese volumen de recursos representa alrededor de 8,6% del Producto Interno Bruto (PIB). [Y] el gran peso lo están soportando las familias, que aportaron el 47,8% de la billonaria cifra³ [...],

a través de cotizaciones y pagos de cofinanciación (copagos y cuotas moderadoras).

Con respecto a las cotizaciones y las figuras de recaudación adicional, como copagos y cuotas moderadoras, la Corte Constitucional precisó su naturaleza luego de casos de corrupción⁴ y de desvío de recursos:

El sistema de seguridad social en Colombia es, pudiéramos decir, mixto. Lo importante para el sistema es que los recursos lleguen y que se destinen a la función propia de la seguridad social. Recursos que tienen el carácter parafiscal. Las cotizaciones que hacen los usuarios del sistema de salud, al igual que, como ya se dijo, toda clase de tarifas, copagos, bonificaciones y similares y los aportes del presupuesto nacional, son dineros públicos que las EPS y el fondo de solidaridad y garantía administran sin que en ningún instante se confundan ni con patrimonio de la EPS, ni con el presupuesto nacional o de entidades territoriales, porque no dependen de circunstancias distintas a la atención al afiliado. Si los aportes del presupuesto nacional y las cuotas de los afiliados al sistema de seguridad social son recursos parafiscales, su manejo estará al margen de las normas presupuestales y administrativas que rigen los recursos fiscales provenientes de impuestos y tasas, a menos que el ordenamiento jurídico específicamente lo ordene. Como es sabido, los recursos parafiscales "son recursos públicos, pertenecen al Estado, aunque están destinados a favorecer solamente al grupo, gremio o sector que los tributa", por eso se invierten exclusivamente en beneficio de éstos⁵.

³ "La salud mueve muchos recursos, pero no sale de la crisis", *El Tiempo*, Bogotá, 15 de julio de 2001.

⁴ Véase el tercer apartado del capítulo 7 titulado *Evasión y corrupción*.

⁵ Corte Constitucional: Sentencia de Unificación SU-480 de 1997, MP: Alejandro Martínez Caballero.

En el sistema colombiano, desde 1993, los recursos provienen del aporte de 12 puntos, calculados sobre la base del salario del trabajador como fuente de financiación del régimen contributivo. Para el régimen subsidiado, los recursos provienen de: a) los recursos de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, b) los recursos de los Ingresos Corrientes de la Nación, c) los recursos de Situado Fiscal y las rentas cedidas a los departamentos, d) recursos provenientes, a partir de 1997, de la renta sobre la producción de la industria petrolera de Cusiana y Cupiagua y e) las Rentas Cedidas.

Los recursos tienen una medida en el sistema de salud llamada la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esa unidad económica determina el valor del paquete de salud (POS) y es una para cada régimen. Según un estudio de Fedesarrollo, la UPC debe revisarse periódicamente y ajustarse de acuerdo con las variables que afectan al sistema, incluidos los pacientes. La misma investigación demostró que "la disponibilidad de recursos no parece ser el obstáculo fundamental en la implementación del sistema", sino que lo ha sido la captación de las personas trabajadoras sin vínculo formal (trabajadores informales que devenguen más de dos salarios mínimos). Se precisa además que, si bien es cierto la UPC equivale al valor del POS, no significa que la persona vaya a usar efectivamente esos recursos y no significa por tanto que el sistema deba disponer de esos recursos, sino únicamente del valor promedio por persona beneficiaria⁶.

En relación con el sistema de precios, debe recordarse que, en la actualidad, lo que se refiere a la atención médica está bajo la regulación del gobierno a través de la ley 100 y complementarias. El mercado de la salud, más que mediado por la oferta y la demanda, está regulado por el Estado con un marco de gastos definido en el costo de la UPC, lo que obliga a las EPS a reducir costos mediante el concepto de volúmenes de producción, márgenes de rentabilidad, tablas de rendimiento del personal y estándares de manejo (protocolos de manejo). Es decir, el sistema con regulación estatal, UPC estable y general y participación privada, hace que se establezca una competencia basada en el diseño y la aplicación de indicadores de productividad y formas de administración que tienden a garantizar, ante todo, la supervivencia financiera del Sistema y, en el caso del capital privado, las ganancias correspondientes.

Luego de la ley 100, la tendencia ha consistido en disminuir los aportes de la Nación al sistema de salud y a la vez, paradójicamente, presionar a los hospitales desde el gobierno, para que los pocos recursos sean suficientes gracias tan solo a innovaciones administrativas. En este sentido, se expidieron nuevas leyes que buscan racionalizar y disminuir el gasto público⁷.

⁶ Para una explicación más detallada de la UPC, véase Giedión y Wüllner [1996].

⁷ Ley 344 de 1996.

La ley 100 de 1993 contempló que el aporte del presupuesto nacional entre 1994 y 1996 sería igual a la cuantía recogida por: a) un punto de la cotización del régimen contributivo, más b) el monto aportado por las cajas de compensación⁸. Para el año siguiente, 1997, se planteó reducir los aportes del Estado únicamente al equivalente de los que se recogiesen por concepto del punto que aporta el régimen contributivo a la subcuenta de solidaridad.

En la práctica, la entrega de dineros ha sido inferior a la ya recortada en la ley. El Estado no giró 760.000 millones de pesos que debía girar al Fondo entre 1994 y 1996⁹. Y en la vigencia presupuestal de 1996, el gobierno debió aportar, por ley, cerca de 240.000 millones para el régimen subsidiado, pero sólo liquidó 15.000 millones¹⁰ (lo que produjo un déficit de 225.000 millones de pesos al sistema) En 1997, el aporte fue nulo.

Según la Contraloría General de la República, para la subcuenta de solidaridad,

el Gobierno Nacional no ha cumplido con su obligación de girar oportunamente lo que corre a su cargo, al punto que a 31 de diciembre de 1998 adeudaba la suma de 531.314.5 millones, por lo que el Ministerio de Hacienda se comprometió a efectuar pagos anuales entre 1999 y 2005, actualizando el saldo por el IPC proyectado para esas vigencias¹¹.

O sea, el Estado incumple y además reconoce prolongar el pago debido hasta el 2005.

A la par con la reducción de los recursos del Estado, se giraron durante el periodo comprendido entre 1994 y 1999 millonarias cuantías en dinero a las EPS por pago de la UPC por cada afiliado, cuando esas empresas lo solicitaban, sin que hubiera un control real del número de afiliados y sin hacer verificaciones de los datos presentados por las EPS.

Para aminorar el derecho a la salud se juntaron esta tendencia normativa de reducir los aportes del Estado, las políticas específicas que afectan el desarrollo del régimen subsidiado y otros mecanismos financieros establecidos, útiles a la selección adversa de pacientes: los períodos mínimos de cotización, los copagos y las cuotas de recuperación, como mostraremos enseguida.

LOS RECURSOS PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La ley 100 de 1993 fijaba inicialmente la financiación de la subcuenta de solidaridad con recursos del Estado, que no serían inferiores a "un punto de la cotización del

⁸ Ley 100 de 1993, artículo 221, literal c.

⁹ "Caos en la salud subsidiada", *El Tiempo*, Bogotá, 10 de septiembre de 1999.

¹⁰ Jaramillo [1999, 17].

¹¹ CGR [2000].

régimen contributivo" (el *pari pasu*)¹² para las vigencias entre 1994 y 1996. Sin embargo, el Estado decidió modificar la ley 100 mediante la ley 344 de 1996 y bajar en un 75% los aportes que debía hacer el Estado¹³.

La nueva medida dispuso que el literal c, del artículo 221 de la ley 100 de 1993 quedará así: "A partir de 1997 [el aporte del Estado] podrá llegar a ser igual a medio punto de la cotización del régimen contributivo. A partir de 1998 no podrá ser inferior a un cuarto de punto de la cotización del régimen contributivo"¹⁴. Esta reforma, coherente con las políticas de recorte de la inversión social, reduce de 1 punto a 0,25 los aportes del Estado por cada peso que aporte el régimen contributivo al régimen subsidiado¹⁵.

Por eso en 2000, el Movimiento Nacional por la Salud Pública, la Asociación Médica Colombiana, Asmedas Seccional Antioquia y otras organizaciones demandaron la norma alegando su inconstitucionalidad, pues la Constitución ordena que "el Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley"¹⁶. Los demandantes encuentran que, en vez de ampliarse, se disminuyeron los recursos presupuestales para la seguridad social y que esa disminución obra en sentido contrario, lo que resulta violatorio del concepto mismo de Estado social de derecho que se consagra en el artículo 1 y en el preámbulo de la Constitución. La Corte Constitucional sentenció:

el Constituyente, en desarrollo del concepto de Estado Social de Derecho, dispuso que salvo los casos de guerra exterior o por razones de seguridad nacional, el gasto público tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación, conforme a los mandatos contenidos en los artículos 350, inciso 1º y 366 de la Carta Política, como quiera que el mejoramiento de la calidad de vida de la población y el bienestar general 'son finalidades sociales del Estado'¹⁷.

La Corte Constitucional precisó, retomando una sentencia en relación con el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* y la noción de "aplicación progresiva" de tales derechos, que:

¹² Literal c, artículo 221, ley 100 de 1993.

¹³ Ley "por el cual [sic] se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público". Se conoció también como Ley de racionalización del gasto público.

¹⁴ Artículo 34, ley 344 de 1996.

¹⁵ Curiosamente el Ministerio de Hacienda considera que, fruto de sus propias cuentas y análisis, el Estado no adeuda nada al sector salud. "A la salud no le cuadran las cifras", *El Tiempo*, Bogotá, 9 de octubre de 2001.

¹⁶ Artículo 48, *Constitución Política de Colombia*.

¹⁷ Corte Constitucional: Sentencia de Constitucionalidad C-1165 de 2000. MP: Alfredo Beltrán Sierra.

El hecho de que esta afirmación sea abierta y los medios utilizables por parte de los Estados [sean] laxos, no implica que los esfuerzos puedan ser mínimos: esta flexibilidad coexiste con la obligación de cada Estado Parte de utilizar todos los medios de que disponga para hacer efectivos los derechos reconocidos en el Pacto. A este respecto, hay que tener presentes las prescripciones de la legislación internacional sobre derechos humanos. Por eso, las normas del Pacto han de ser reconocidas en el ordenamiento jurídico interno a través de los medios adecuados; las personas individuales o los grupos agraviados han de disponer de medios adecuados de reparación, o de recurso, y se han de establecer mecanismos adecuados para garantizar la responsabilidad de los gobiernos¹⁸.

Finalmente, la Corte declaró inexecutable la reforma hecha por el legislador a la ley 100 de 1993 en relación con los recursos para la subcuenta de solidaridad,¹⁹ lo que obliga al Estado a aportar al Fosyga el equivalente al aporte por solidaridad (1 punto) que hacen los afiliados al régimen contributivo.

No es admisible la explicación de que para aplicar la ley 100 sea necesario sacrificar una generación de personas:

del mismo modo es que no es admisible que se imponga una tiranía con el pretexto de preparar a la población para disfrutar en el futuro de instituciones democráticas, es insostenible que se someta deliberadamente a la miseria a la mayoría de la población con la excusa de que ello garantiza el bienestar futuro o la supervivencia de un sector de la economía²⁰.

Recordemos que la ley 100 ordena la unificación de los valores de las UPC de los regímenes contributivo y subsidiado con el fin de garantizar el mismo plan de salud a todas las personas a partir de 2001. Para 1999, se aumentó la UPC-C con el criterio de la inflación (16,5%), mientras que la UPC-S se mantuvo en la misma cuantía del año anterior (1998), so pretexto del mal manejo que los recursos del régimen subsidiado habían tenido por parte de las ARS: la UPC-C fue de 241.577 pesos y la UPC-S, de 128.530 pesos²¹. Este estancamiento de la UPC Contributiva según la inflación significó una disminución del 15% de su valor real en pesos constantes.

La UPC-C para el año 2000 fue de 265.734 pesos y la UPC-S de 141.480²², aumento que únicamente compensa la inflación del año anterior pero no significa

¹⁸ Corte Constitucional: Sentencia T-568 de 1999, MP: Carlos Gaviria Díaz.

¹⁹ Corte Constitucional: Sentencia de Constitucionalidad C-1165 de 2000. MP: Alfredo Beltrán Sierra.

²⁰ Nikken [1988, 87-88].

²¹ Acuerdo 119 de 1998 del CNSSS.

²² Acuerdos 159 y 161 de 2000, CNSSS.

ningún avance en el valor de la UPC ni ningún paso hacia la nivelación del valor de las dos UPC. Es decir, seis años después de iniciar un sistema cuyo pilar era buscar la confluencia progresiva de las dos UPC (de los dos POS), la UPC-S se mantiene en solo el 53,2% de la UPC-C, tanto en 1999 como en 2000. Parte de ese estancamiento se debe a la falta de aportes del Estado al sistema de salud, de acuerdo con los términos establecidos en la ley 100²³. La proyección hecha por el CNSSS, en 2000, fue aumentar la UPC-S en sólo el 8% para 2001 y en el 6% para el año 2002²⁴.

Además de este aplazamiento, contrario a la norma, en unificar el valor de la UPC-S con el de la UPC-C, la administración del régimen subsidiado ha tenido diferentes tendencias. El régimen subsidiado empezó en el país como un espacio de participación social y de solidaridad. Las comunidades, a través de grupos de usuarios, comunidades indígenas y asociaciones de vecinos, integradas en Empresas Solidarias en Salud, ESS, generaron procesos mediante los que organizaban la contratación de servicios de salud, la administración de los recursos y actuaban como interlocutoras ante el Fosyga para recibir de este fondo el pago de las UPC-S correspondientes a las personas asistidas por las organizaciones llamadas, precisamente, solidarias en salud²⁵.

La atención en salud de la población subsidiada no fue una prioridad del gobierno. Al comienzo, la mayoría de esfuerzos se centraron en la regulación y organización del régimen subsidiado. Posteriormente, el desarrollo de las ESS mostró que, incluso para el mercado de la salud, el régimen subsidiado era un espacio interesante. Luego, el Estado reguló la creación de las ARS, administradoras del régimen de subsidiado, y las EPS privadas empezaron a mostrar un interés progresivo en el tema.

Luego, no aparecieron alrededor de 2 billones de pesos de los recursos del régimen subsidiado. Para entender la magnitud de la pérdida, digamos que el pago de toda la crisis hospitalaria del sector salud en Colombia vale alrededor de 1 billón y medio de pesos. Con el pretexto de evitar pérdidas de recursos similares, la política del gobierno consistió en implantar nuevas reglas para las ARS, reglas que no servían para controlar los recursos, pero sí favorecían abiertamente la participación de las EPS privadas, como ARS, en el manejo de subsidios estatales, al desplazar las ESS. Esto se puede afirmar luego de analizar el tipo de medidas tomadas por el Estado para regular las ARS:

Para su permanencia deberán acreditar como mínimo un número de 200.000 personas afiliadas [...] Para efecto del número mínimo de afiliados se

²³ Ruiz [2001, 20].

²⁴ CNSSS [2000].

²⁵ Sobre la participación y organización de la comunidad, véase VV.AA [1996]. Este documento recoge las memorias del "Foro Nacional: Avances en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud", evento en el que participaron más de 100 representantes de instituciones relacionadas con el sector salud.

computará hasta en un 20% el número de afiliados que se tenga en el ramo del régimen contributivo²⁶.

Además, debían presentar una solvencia financiera (2.360 millones de pesos) imposible de cumplir por las pequeñas ESS²⁷. El Estado aprovechó la crisis del régimen subsidiado para aniquilarlo congelando el valor de la UPC-S.

El panorama de las ESS en 1999 era el siguiente: de 176 que participaban en el régimen contributivo, 77 tenían menos de 10.000 afiliados, 63, entre 10.001 y 25.000; 26 tenían entre 25.001 y 50.000, 8 tenían entre 50.001 y 100.000 y sólo 2 tenían más de 100.000 afiliados²⁸.

Es decir, sólo las que tengan una buena capacidad financiera y de aseguramiento podrán ofrecer servicios en el régimen subsidiado, con lo cual las ARS pequeñas, las ESS, desaparecen, independientemente de su honestidad, el proyecto social que encarnen o sus características rurales o indígenas. Se calcula que sólo sobrevivirán el 15% de las ARS²⁹. Pero el Estado permitió a las EPS privadas que se adentraron en el régimen subsidiado, contabilizar sus afiliados en el régimen contributivo hasta en 40.000, para completar el requisito legal. El Estado legisló para lograr el pago oportuno por parte de municipios y departamentos a las ARS de las UPC-S equivalentes a su número de afiliados: Los pagos de las entidades territoriales a las administradoras del régimen subsidiado deberán efectuarse por anticipado. En consecuencia, las entidades territoriales no podrán dilatar el pago so pretexto de incumplimiento de la ARS³⁰. Pero informaciones de prensa dicen, citando documentos de la Defensoría del Pueblo, que "se han detectado incumplimientos de hasta de 1.530 días (más de cuatro años)"³¹.

Hay una medida que obliga a las ARS a contratar hospitales públicos: "las administradoras del régimen subsidiado deberán contratar con las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas el 40% del valor de la UPC efectivamente destinada a la prestación de servicios de salud"³². Resaltemos que esta medida que busca favorecer la oferta pública sólo existe en el régimen subsidiado y no en el régimen contributivo.

²⁶ Numeral 2, artículo 16, decreto 1804 de 1999.

²⁷ Las ESS, como ARS que son, deben cumplir con estas normas, sin embargo, las ESS tienen una reglamentación particular para estos requisitos, más tiempo y menos exigencias que a las grandes ARS. Véase el decreto 1804 de 1999, "por el cual se expiden normas sobre el régimen subsidiado y se dictan otras disposiciones".

²⁸ Cardona y otros [1999, 66].

²⁹ "Drástico ajuste a la salud subsidiada", *El Tiempo*, Bogotá, 18 de septiembre de 1999.

³⁰ Artículo 37, acuerdo 77 de 1997, CNSSS.

³¹ "Salud busca sus derechos", *El Espectador*, Bogotá, 27 de agosto de 2001.

³² Artículo 39, acuerdo 77 de 1997, CNSSS.

Según Roberto Esguerra, presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas,

hay importantes montos de dinero que las secretarías de salud de los municipios y departamentos adeudan o no han reconocido a diferentes instituciones públicas o privadas por la atención de pacientes llamados "vinculados" es decir, por aquellos que aún no están afiliados al régimen subsidiado³³.

En 1996, la Defensoría del Pueblo ya advertía sobre las prácticas excluyentes, los recortes y la mala calidad de los servicios de salud. En una comparación entre los servicios prestados antes de la ley 100 y los ofrecidos después, la Defensoría concluyó que

el decreto 1895 de 1994 [reglamentario del régimen subsidiado] no ofrece ninguna ventaja adicional a los servicios que la misma gente ha estado recibiendo como subsidio a la oferta [antes de 1993] y se le niega la posibilidad de acceder a servicios básicos fundamentales, como el aporte de medicamentos, la atención de mejor calidad, la referencia y contrarreferencia, los servicios de 2o. y 3er. nivel y aun en el 1er. nivel de atención se queda corto³⁴.

Un análisis comparativo sobre la equidad y la utilización de servicios antes de 1993 y después de 1997 muestra que

los indicadores de concentración correspondientes a la utilización de servicios variaron muy poco [...] a excepción de la cobertura de aseguramiento, que se incrementó dramáticamente, los demás indicadores no mostraron grandes cambios³⁵.

Según la Contraloría General,

los recursos que debe percibir el Fosyga, 'Subcuenta Solidaridad', principal fuente de financiación del régimen [subsidiado], no son encontrados en la cantidad u oportunidad establecidas, debido especialmente a deficientes controles de verificación del ingreso base de captación del régimen contributivo, no giro de la obligación del Gobierno Nacional e indefinición en la forma de calcular el impuesto de remesas de las compañías petroleras en Cusiana y Cupiagua³⁶.

³³ Esguerra [1998, 3].

³⁴ Si aceptamos este análisis, vemos que la cobertura a la población no ha significado el avance que se pretende mostrar con los avances en la carnetización. Véase Defensoría [1996, II, 216].

³⁵ VV.AA [2001a, 8 y 21].

³⁶ CGR [2000].

Por esa indefinición y aun con la bonanza petrolera de esos dos yacimientos, los recursos nunca han ingresado al sistema.

En 2001, Asmedas comunicó la intención del legislador de reducir la parte de los Ingresos Corrientes de la Nación que se destinan a salud y educación por medio de transferencias de la Nación a los municipios y departamentos (el llamado Situado Fiscal). Según Asmedas,

La tesis del Gobierno es el ajuste fiscal para poder cumplir el acuerdo con el Fondo Monetario Internacional y el pago del servicio e intereses de la deuda externa, tanto pública como privada, la que está cerca del 40% de nuestro presupuesto nacional. ¿Qué se pretende reformar de la Constitución? Precisamente Artículos tales como el 350, 356, 366 y otros que plantean claramente, y como orientación del Estado Social de Derecho, la prioridad del gasto social y mandato perentorio de que estos en lugar de disminuir deben aumentar progresivamente. Serán derogados, entonces, artículos como "el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación", "el presupuesto de inversiones no se podrá disminuir porcentualmente en relación con el año anterior respecto del gasto total" (artículo 350 de la Constitución Política); "el situado fiscal aumentará anualmente hasta llegar a un porcentaje de los ingresos corrientes de la nación que permita atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado" (artículo 356). O sea, salud y educación³⁷.

Finalmente, esta reforma constitucional a las transferencias de recursos a los departamentos y a los municipios se aprobó en junio de 2001,

en el marco de un acuerdo sobre saneamiento fiscal suscrito con el Fondo Monetario Internacional [...] La medida oficial implicará recortarle el equivalente a 4.000 millones de dólares a los sectores de la educación y la salud, por lo que más de 1,5 millones de niños y jóvenes no podrán recibir clases y 2,5 millones de personas pobres serán excluidas del régimen subsidiado de salubridad³⁸.

Así, mediante una conjugación de estrategias (congelamiento del valor de la UPC-S, disminución de los aportes del Estado al régimen contributivo, reforma a las transferencias de recursos a los municipios para salud y educación, y desmonte de las ESS) se puede concluir que no es prioridad del Estado, en materia de salud, la cobertura integral para las personas pobres.

³⁷ "El Congreso cocina nuevo golpe a las finanzas de la salud y educación", *Momento Médico*, núm. 59, marzo - abril, 2001.

³⁸ "Comisión aprobó ley de transferencias; paro nacional este jueves", *El Tiempo*, Bogotá, 7 de junio de 2001.

PERIODOS MÍNIMOS DE COTIZACIÓN

Se entiende como preexistencia,

toda enfermedad, malformación o afección que se pueda demostrar que existía a la fecha de iniciación del contrato o vinculación, sin perjuicio de que se pueda diagnosticar durante la ejecución del contrato sobre bases científicas sólidas. La demostración de la existencia de factores de riesgo, como hábitos especiales o condiciones físicas o genéticas, no podrán ser fundamento único para el diagnóstico a través del cual se califique una preexistencia³⁹.

Ya la ley 100 había establecido que no es posible excluir de la asistencia médica tales enfermedades⁴⁰, pues las preexistencias son incompatibles con el principio de integralidad del servicio. Aunque la Corte aceptó su vigencia para efectos de contratos de salud diferentes al POS, como los contratos de medicina prepagada⁴¹, también entendió que las preexistencias lesionarían la noción de la salud como derecho.

Sin embargo, la ley sí establece una nueva figura denominada 'períodos mínimos de cotización': "el acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo [...] podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización"⁴². Y para un período mínimo de cotización inferior a 100 semanas, "el acceso a dichos servicios requerirá un pago por parte del usuario"⁴³.

La norma los define como,

aquellos períodos mínimos de cotización al sistema general de seguridad social en salud, que pueden ser exigidos por las entidades promotoras de salud para acceder a la prestación de algunos servicios de alto costo incluidos dentro del POS. Durante ese período el individuo carece del derecho a ser atendido por la entidad promotora a la cual se encuentra afiliado⁴⁴.

El régimen subsidiado no contempla períodos mínimos de cotización para la atención⁴⁵.

³⁹ Artículo 1, decreto 1222 de 1994.

⁴⁰ Artículo 164, ley 100 de 1993.

⁴¹ Al respecto de la medicina prepagada, véase el último apartado de este capítulo titulado *Planes complementarios y medicina prepagada*.

⁴² Artículo 164, ley 100 de 1993.

⁴³ Artículo 164, ley 100 de 1993.

⁴⁴ Artículo 60, decreto 806 de 1998.

⁴⁵ Artículo 6, acuerdo 072 de 1997, CNSSS.

De allí se derivan dos cosas: a) la selección de demandas en salud costosas y b) el sometimiento de esa selección a un régimen especial de pago que recae enteramente en el usuario. Estas dos medidas dejan la atención de las patologías más graves en manos, precisamente, de las posibilidades de compra de servicios de salud. Cuando más imprescindible es el servicio, más está sometido a las leyes del mercado.

Las patologías que no aparecen cubiertas son las consideradas patologías catastróficas o ruinosas, de las que se habló anteriormente⁴⁶. De esto se deduce que:

- Se excluyen la atención a órganos vitales (corazón, sistema nervioso central) y patologías altamente costosas y que necesitan para la supervivencia del paciente de los servicios de salud (cáncer, sida, insuficiencia renal crónica), con el argumento del costo financiero que tiene que asumir el sistema. La Corte obligó a una EPS a suministrar un medicamento para tratar a un paciente con cáncer, ya que la EPS se había negado argumentando precisamente la falta de semanas de cotización necesarias⁴⁷.
- Los servicios de salud que deriven de estas enfermedades sólo se atenderán si la persona cotizó un mínimo de 100 semanas (casi dos años). En este tiempo, enfermedades de deterioro progresivo como el sida y el cáncer alcanzan un estado avanzado en el que las posibilidades de mejoría son mucho menores. Así, las personas cotizantes que quieran ser atendidas en salud para este tipo de enfermedades deberán comprar los servicios de salud mediante las leyes del mercado.
- Las complicaciones del sida conllevan a una clara violación al principio de igualdad, pues mientras un paciente VIH (-) con una patología cubierta por el POS se atiende sin problema, un paciente VIH (+), con la misma patología, podría ser excluido, so pretexto de que no es una entidad cubierta por el POS, sino una complicación del sida.

⁴⁶ Al respecto, véase en el capítulo quinto el apartado *Pacientes terminales y enfermedades catastróficas*.

⁴⁷ "No hay duda de que la falta de sometimiento del paciente a las sesiones de quimioterapia ordenadas por el médico tratante constituye una enorme amenaza contra su derecho a la vida, entendido como simple existencia, pues permitiría el avance veloz e inclemente de la enfermedad y, por consiguiente, sería tanto como adelantar impasiblemente su desaparecimiento. Pero no solamente eso, sino que es una evidente vulneración del mismo (derecho a la vida), entendido como una existencia en condiciones dignas, pues el tiempo que se demore en llegar la muerte, faltando el tratamiento señalado, implica agudización de dolores y sufrimientos muy superiores a aquellos que soporta otro enfermo de cáncer sometido a sesiones de quimioterapia". Corte Constitucional: Sentencia T-283 de 1998, MP: Fabio Morón Díaz.

- La exclusión del tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas lesiona el principio del derecho fundamental a la salud que la Constitución otorga a los niños.
- La exclusión del POS del trauma mayor y su sometimiento a las leyes del mercado significa, simplemente, desconocer el perfil epidemiológico de Colombia, país donde la violencia (política, social y familiar) afecta severamente la calidad de vida de las personas y sus condiciones de salud. Lo mismo se puede decir respecto de la exclusión de los servicios de las unidades de cuidados intensivos.

Y si la persona que ha cotizado sus 100 semanas en una EPS hace uso de su derecho y exige la atención en esas patologías costosas, entonces “deberá permanecer [...] por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva” EPS⁴⁸. Se renuncia así al principio de libre escogencia de EPS y además se obliga a la persona a seguir cotizando (sin tener en cuenta el riesgo de quedar sin empleo), con lo que se pretende asegurar la recuperación del gasto en salud que demandó su atención por parte de la EPS. Para los detractores del uso de la tutela frente a los períodos mínimos de cotización,

Una faceta muy importante de la acción de tutela en lo que tiene que ver con los períodos mínimos de carencia, es que su aplicación en estos casos estimula el comportamiento de polizón, según el cual el individuo se mantiene por fuera del aseguramiento mientras esté sano, y cuando se enferma se afilia a sabiendas de que obtendrá la atención requerida sin tener que pagar de su bolsillo en proporción al tiempo que le falte por cumplir los períodos mínimos; a sabiendas de que cuando lo requiera podrá acudir a la acción de tutela, el polizón se mantiene por fuera del sistema, lo que conlleva a un ingreso no percibido en la subcuenta de compensación, que aún no ha sido cuantificado⁴⁹.

En el caso de una paciente con cáncer de seno, una EPS suspendió el tratamiento con el argumento de que la EPS “no asume el valor de la droga [medicamento] y en cuanto a los servicios profesionales únicamente reconoce el 52%, debido a que la peticionaria no tiene aún dos años de afiliada”⁵⁰. La Corte retomó, para el análisis, el decreto 1938 de 1994, “por el cual se reglamenta el plan de beneficios en el sistema nacional de seguridad social en salud”, al señalar las actividades y procedimientos que el sistema debe brindar a las personas. La Corte fue consciente de las limitaciones y exclusiones que la ley contempló, entre ellas, la figura de períodos mínimos de cotización para las enfermedades costosas.

48 Artículo 14, decreto 1485 de 1994.

49 Minsalud [2001].

50 Citado en: Corte Constitucional, Sentencia T-114 de 1997, MP: Antonio Barrera Carbonell.

Con el fin de garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo en el POS, el mencionado decreto dispuso establecer el fondo de aseguramiento de enfermedades catastróficas, con cargo al cual se cubrirá el valor de la atención para cada una de dichas patologías, con un tope máximo por evento año. El usuario deberá asumir los gastos que superen este valor, lo que puede cumplirse mediante la modalidad de un plan complementario⁵¹.

De este decreto se concluye que el acceso a la prestación de los servicios de altos costos requiere de una cotización mínima y, en caso de que no se hayan cumplido dichos períodos, el usuario debe cubrir cierta proporción, "que se establecerá de acuerdo con su capacidad económica". Para la Corte, esto significa "una flexibilidad en el manejo de la situación que se compadece con las condiciones económicas del usuario y, por supuesto, con la gravedad de la enfermedad que lo aqueja"⁵². Y continúa la Corte:

Sí, además, se tiene en cuenta, de un lado, la urgencia del tratamiento médico y, de otro, el hecho de que la demandante carece de los recursos económicos para asumir el costo de lo que le pueda corresponder para el tratamiento y los medicamentos que exige su caso, es claro que debe exonerársele del pago señalado en los reglamentos, por sus condiciones de pobreza si se tienen en cuenta los exiguos ingresos que recibe. En sus condiciones de enfermedad y dentro de las limitaciones propias de esta circunstancia, el salario de la demandante resulta insuficiente para subvenir cualquier gasto adicional y más aún, el que demanda el pago adicional para acceder a los referidos servicios de seguridad social en salud. La situación descrita convierte la protección que reclama la peticionaria en un caso de necesidad, de manera que la negativa de la EPS demandada no sólo compromete la vigencia del derecho a la seguridad social de la actora, sino que amenaza su derecho al mínimo vital⁵³.

En normas más recientes (1998), se presentan dos grupos de patologías susceptibles de cobro de períodos mínimos de cotización: el primer grupo abarca las patologías ya sometidas a 100 semanas de cotización previa. Al segundo se le exigen

cincuenta y dos (52) semanas de cotización para enfermedades que requieran manejo quirúrgico de tipo electivo y que se encuentren catalogadas en el manual de actividades, intervenciones y procedimientos, Mapipos,

⁵¹ Artículo 38, decreto 1938 de 1994.

⁵² Corte Constitucional, Sentencia T-114 de 1997, MP: Antonio Barrera Carbonell.

⁵³ Corte Constitucional, Sentencia T-114 de 1997, MP: Antonio Barrera Carbonell.

como del grupo ocho (8) o superiores. Por lo menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año⁵⁴.

Si el usuario no tiene capacidad de pago (cosa que debe acreditar) para eventos en los que no llena el requisito de períodos mínimos de cotización,

deberá ser atendido, él o sus beneficiarios, por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud o por aquellas privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Estas instituciones cobrarán una cuota de recuperación de acuerdo con las normas vigentes⁵⁵.

Así la institución privada suspendería el tratamiento y remitiría al paciente a una institución pública, en una situación en la que es suficientemente conocida la crisis de los hospitales públicos⁵⁶.

COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Decíamos antes que el legislador tiene la facultad de regular los servicios públicos y es claro que estableció mecanismos para garantizar la financiación del sistema de salud. Uno de ellos es el pago de cuotas moderadoras a las personas pertenecientes al régimen contributivo. Sin embargo, el legislador previno posibles problemas derivados de tal mecanismo y aclaró que "en ningún caso los pagos moderadores podrán convertirse en barreras de acceso para los más pobres"⁵⁷.

Esta medida se demandó por inconstitucional con el argumento de que afecta el acceso al servicio, al supeditarlo a la capacidad de pago de tales cuotas, que no reemplazan de manera alguna el pago de la cotización mensual del afiliado. Este hecho, dice el demandante, desconoce "la realidad socioeconómica del 80% de la población colombiana que, por sus ingresos salariales menores a dos salarios mínimos, no están en condiciones de cubrirlas". El legislador justificó la medida en la necesidad de "racionalizar el uso de servicios del sistema" como una forma de inducir a los usuarios a recurrir al servicio únicamente en los casos realmente necesarios, a fin de lograr la eficiencia en la prestación del servicio". La Corte consideró que el pago no era una obligación imposible de cubrir por parte de los afiliados al régimen contributivo, quienes, por definición, tienen la capacidad de pago y tal pago materializa el principio constitucional de solidaridad⁵⁸.

⁵⁴ Artículo 61, decreto 806 de 1998.

⁵⁵ Artículo 61, decreto 806 de 1998.

⁵⁶ Sobre la crisis de los hospitales públicos, véase el primer apartado del capítulo 5

⁵⁷ Artículo 187, ley 100 de 1993.

⁵⁸ Sobre este debate, véase Corte Constitucional: Sentencia C-542 de 1998, MP: Hernando Herrera Vergara

Sin embargo, la Corte advirtió en la misma sentencia que se debe evitar que en casos en que no sea posible hacer el cobro,

[no] se impida a las personas el acceso a los servicios de salud; de tal forma que, si el usuario del servicio —afiliado cotizante o sus beneficiarios— al momento de requerirlo no dispone de los recursos económicos para cancelarlas o controvierte la validez de su exigencia [...] el sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes⁵⁹.

Se parte de una explicación no suficientemente demostrada: los usuarios necesariamente hacen uso irracional de los servicios y por tanto hay necesidad de crear mecanismos de filtro. Uno de ellos es el pago de cuota por el uso de los servicios. Ese mito del uso irracional de los recursos por parte de los usuarios proviene directamente de una concepción mercantil de la salud: "el cliente quiere usar lo más por el mismo precio" y, por tanto, hay que desestimular su uso. Sin embargo, una investigación sugiere que mecanismos como los copagos y las cuotas moderadoras "podrían estar frenando la utilización de servicios entre los segmentos más pobres"⁶⁰; dicha investigación mostró que la principal causa para el no uso de servicios de salud por parte de la población no cubierta y la segunda causa para la población cubierta fue la falta de dinero⁶¹. En otra investigación, Profamilia encontró que el 51% de la población no usa los servicios de salud por falta de dinero⁶². Y según la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, cada persona del régimen contributivo asiste en promedio a 3,5 consultas médicas por año, al odontólogo, 1,28 veces; usa servicios de laboratorio 1,2 veces, mientras cada persona del régimen subsidiado asiste al médico 2,12 veces al año, al odontólogo, 0,59 veces, y usa servicios de laboratorio 0,65 veces⁶³.

Además de no ser cierto el uso frecuente de servicios, esto no se ve como una (potencial) falla en la terapéutica sino como una actitud despilfarradora del consumidor del servicio. El problema, además del costo real de la cuota que sí genera serias limitaciones en el uso de servicios, es la concepción que subyace a ella, pues

⁵⁹ Otro pronunciamiento en el mismo sentido: Corte Constitucional, Sentencia: C-089 de 1998, MP: José Gregorio Hernández Galindo.

⁶⁰ VV.AA [2001a, 21].

⁶¹ La primera causa de no uso para la población cubierta, en esta investigación, fue considerar la dolencia como un caso leve. VV.AA [2001a, 17 y 20].

⁶² Profamilia [2000, 189-197].

⁶³ DNP [1997].

se desconoce que el usuario paga mensualmente con su cotización el acceso a los servicios de salud. Llama la atención que a la vez que no se intentan estrategias de educación comunitaria en el uso racional de los servicios de salud, se pretenden resolver los problemas relacionados con la grave situación medioambiental que afecta la salud humana con un número exagerado de cursos, talleres y demás actividades de prevención para las comunidades. Es decir, en prevención de la enfermedad y en promoción de la salud se consideran válidos y hasta suficientes los cursos, pero para el control racional de los servicios, la estrategia de control que se establece es de orden financiero.

La reglamentación también plantea la posibilidad de que el copago se convierta en una herramienta de incentivo al usuario, propio de las leyes del mercado. Así, las EPS pueden disminuir el copago a determinados usuarios como incentivo para que permanezcan⁶⁴. El Instituto de los Seguros Sociales se propuso cobrar multa a quienes no asistan a la cita, pero no hay mecanismos de sanción cuando la falla en la prestación del servicio es responsabilidad de la propia IPS.

En respuesta a una demanda de inconstitucionalidad, la Corte declaró inexecutable la expresión "y la antigüedad de afiliación en el sistema" contenida en el inciso 2° del artículo 187 de la ley 100 de 1993, relacionada con los criterios para el establecimiento de las cuotas moderadoras. Dice la Corte: "por cuanto ella [la antigüedad] no guarda relación alguna con el costo y la racionalidad del uso del servicio del sistema de salud" y alega que tal criterio es ajeno a las exigencias de la Constitución y de la ley 100 en relación con el cumplimiento de la solidaridad social⁶⁵.

CUOTAS DE RECUPERACIÓN

Se parte, sin muchas pruebas, de que la población abusa de los servicios de salud y se argumenta que el cobro de una especie de "cuotas moderadoras para el Régimen Subsidiado" corregiría esta tendencia y además haría más justo el sistema. Pero al contrario de esa supuesta tendencia de despilfarro, se observa que "la demanda de servicios de los afiliados del Régimen Subsidiado es muy baja debido al desconocimiento de sus derechos"⁶⁶.

Según Iván Jaramillo,

es necesario revisar el sistema de copagos del régimen subsidiado, pues actualmente está resultando muy oneroso (un pobre que se enferma debe pagar hasta 200.000 ó 400.000 pesos anuales en copagos y el doble si se

⁶⁴ Artículo 14, decreto 1485 de 1994.

⁶⁵ Corte Constitucional: Sentencia: C-542 de 1998, MP: Hernando Herrera Vergara.

⁶⁶ Jaramillo [1999, 19].

enferman dos en la familia, mientras que en el [régimen] contributivo se pagan solo 96.000 pesos anuales para las familias con un salario mínimo)⁶⁷.

Existe además una tendencia a mostrar que los pobres necesitan menos recursos en salud que otros sectores de la población. Según una peligrosa hipótesis expuesta en relación con los recursos del régimen subsidiado,

existen condicionantes estructurales y de comportamiento entre los subsidios que mantienen baja la demanda de servicios, pese a tener y conocer el derecho a los mismos. En consecuencia, en tal caso la UPC-S podría estar sobredimensionada⁶⁸.

Si aceptáramos este argumento, no se justificarían las cuotas de recuperación como mecanismos de racionalización.

En el caso ya citado de la paciente con cáncer de seno, la Corte consideró injusto exigirle un pago adicional para suplir los gastos no cubiertos, porque aunque la paciente no tenía un mínimo de semanas cotizadas, tampoco tenía recursos que le permitieran pagar un plan adicional de salud⁶⁹. Podría decirse lo mismo en relación con las cuotas de recuperación, que muchas veces no actúan ni como forma de contención del abuso de servicios, ni como forma de financiación de los servicios, sino como filtro que favorece la selección de pacientes por su capacidad de pago, precisamente entre personas del régimen subsidiado que, por definición, carecen de recursos. Pero el legislador no lo ve así. Incluso en uno de sus decretos, ya citado, menciona que las personas vinculadas (pobres que no pertenecen al sistema) "tendrán acceso a los servicios de salud [...] de conformidad con la capacidad de oferta de estas instituciones y de acuerdo con las normas sobre cuotas de recuperación vigentes"⁷⁰.

PLANES COMPLEMENTARIOS Y MEDICINA PREPAGADA

Hay un espacio concreto de exigencia a particulares del derecho a la salud, incluso por encima de los contratos específicos firmados entre el oferente de servicios y la persona que los contrata, que ha dado lugar a una amplia jurisprudencia⁷¹: se trata de la regulación de los servicios de medicina prepagada⁷². Se acepta que las enfer-

⁶⁷ Jaramillo [1999, 17].

⁶⁸ Jaramillo [1999, 17].

⁶⁹ Corte Constitucional, Sentencia T-114 de 1997, MP: Antonio Barrera Carbonell

⁷⁰ Artículo 33, decreto 806 de 1998.

⁷¹ La unificación de la jurisprudencia sobre la materia se halla en Corte Constitucional: Sentencia: SU-039. febrero 19 de 1998, MP: Hernando Herrera Vergara.

⁷² Por medicina prepagada se entiende, de manera general, aquel tipo de servicios de salud ofrecidos por empresas privadas, regulados mediante un contrato entre éstas y

medades que ya aquejaban al paciente (enfermedades preexistentes) en cuanto reportadas en el momento de la celebración del contrato de medicina prepagada se excluyen de la cobertura del programa, pero existe un problema: las enfermedades no reportadas.

La Corte precisó varios elementos⁷³. El primero de ellos consiste en que,

mientras el obligado en virtud del contrato pague oportunamente sus cuotas a la entidad, tiene pleno derecho a exigir de ella que responda por la totalidad de los servicios de salud ofrecidos. Desde luego, el cumplimiento de tales compromisos va, en esta materia, mucho más allá del simple y literal ajuste a las cláusulas contractuales, ya que está de por medio la salud y muchas veces la vida de los usuarios.

Dice en segundo lugar:

En razón de la seguridad jurídica, las partes contratantes deben gozar de plena certidumbre acerca del alcance de la protección derivada del contrato y, por tanto, de los servicios médico asistenciales y quirúrgicos a los que se obligue la entidad de medicina prepagada y que, en consecuencia, pueden ser demandados y exigidos por los usuarios.

En tercer término,

Desde el momento mismo de la celebración del contrato, quienes lo suscriben deben dejar expresa constancia, en su mismo texto o en anexos incorporados a él, sobre las enfermedades, padecimientos, dolencias o quebrantos de salud que ya sufren los beneficiarios del servicio y que, por ser preexistentes, no se encuentran amparados. Para llegar a esa definición, bien puede la compañía practicar los exámenes correspondientes.

También precisa que,

Las enfermedades y afecciones no comprendidas en dicha enunciación deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada con cargo al correspondiente acuerdo contractual. A juicio de la Corte, la compañía desconoce el principio de la buena fe que debe presidir las relaciones contractuales.

Por último, dice la Corte:

Es evidente que lo expuesto elimina toda posibilidad de que ya en el curso del contrato, la compañía modifique, en contra del usuario, las reglas de

la persona afiliada, sometidos al pago de una cotización cada cierto tiempo, lo que da derecho a una serie de servicios de salud.

⁷³ Las citas siguientes corresponden a Corte Constitucional: Sentencia T-533 de 1996, MP: José Gregorio Hernández Galindo.

juego pactadas y pretenda, con base en dictámenes médicos posteriores, emanados de profesionales a su servicio, deducir unilateralmente que una enfermedad o dolencia detectada durante la ejecución del convenio se había venido gestando, madurando o desarrollando desde antes de su celebración y que, por tanto, pese a no haber sido enunciada como preexistencia, está excluida.

Algunas empresas oferentes de contratos de medicina prepagada son, a la vez, oferentes del POS y en algunos casos han desviado al POS las responsabilidades derivadas del contrato de medicina prepagada para hacer pagadero al Sistema de Seguridad Social en salud de lo que, en principio, es su deber como empresa privada:

si ello ocurre, se desvirtúa la filosofía del plan complementario, que busca mejorar la atención con base en mayores aportes del afiliado, y, por lo mismo, se torna en ilegítima y abusiva la actitud de la entidad, ya que percibe injustificadamente cuantiosos ingresos en virtud del complemento, pero se limita a cubrir lo obligatorio, lesionando los derechos del afectado⁷⁴.

Es obvio que media un interés propio del sector privado al ofrecer servicios de salud,

pero los contratos de medicina prepagada, que, según lo visto, tienen por objeto exclusivo la prestación del servicio público de salud, no pueden ser tratados en todos sus aspectos bajo la misma óptica ni dentro de criterios iguales a los que gobiernan las relaciones puramente patrimoniales, ya que en su ejecución están comprometidos, más allá del conmutativo interés convencional y económico, derechos constitucionales fundamentales como la salud, la integridad personal y en especial la vida humana⁷⁵.

Para resumir, digamos que hay recursos para la salud en Colombia, pero que estos se han enfrentado a dos problemas centrales: las prácticas ilegales como la evasión y la corrupción⁷⁶ y el modelo mismo de salud, cuya formulación y desarrollo no permiten el uso equitativo de los recursos. "En 1993, el gasto total en salud era de 3,1 billones de pesos y la cobertura era de apenas una quinta parte de la población. Hoy, dicho gasto se multiplicó por cinco, pero la cobertura apenas lo hizo por tres"⁷⁷.

⁷⁴ Corte Constitucional: Sentencia T-533 de 1996, MP: José Gregorio Hernández Galindo

⁷⁵ Corte Constitucional, Sentencia: T-307 de 1997. MP: José Gregorio Hernández Galindo.

⁷⁶ Véase al respecto en el capítulo 7 el apartado *Evasión y corrupción*.

⁷⁷ "La salud mueve muchos recursos, pero no sale de la crisis" *El Tiempo*, Bogotá, 15 de julio de 2001.