

**MODIFICACIONES A LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD, ASEGURAMIENTO, Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ESTABLECIDOS EN LA LEY**

100 DE 1993

CAROLINA RUIZ LOZADA

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ D. C.

2006

**MODIFICACIONES A LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE
SALUD, ASEGURAMIENTO, Y SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD ESTABLECIDOS EN LA LEY
100 DE 1993**

CAROLINA RUIZ LOZADA

Trabajo presentado como requisito parcial, para optar el título de odontóloga

ASESOR CIENTÍFICO

Dr. Conrado A. Gómez

ASESORA METODOLOGÍA

Dra. Martha L. Caicedo

COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO

BOGOTÁ D.C.

2.006

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Al Dr Conrado A. Gómez Tutor en este trabajo de investigación, por su orientación y asesoría.

Especiales agradecimientos a la Dra. Martha Lucia Caicedo, por su paciencia y colaboración en la información me aportó sus conocimientos para poder obtener los resultado que arrojaron este trabajo de investigación.

A todos ellos muchas gracias.

DEDICATORIA

Dedico esta obra a los responsables de los más grandes triunfos de mi vida:

Dios gracias por permitirme la vida y la sapiencia para alcanzar esta meta con la ayuda intensa de mi madre que ha sido una pieza fundamental en este proceso que estoy por terminar; y a todos los que cada día me aportaron un granito de arena para así poder alcanzar la meta que me había propuesto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	09
1. ASPECTOS TEÓRICOS-CIENTÍFICOS	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.2 JUSTIFICACIÓN	14
1.3 PROPÓSITO	14
1.4 MARCO TEÓRICO	15
1.4.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	15
1.4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY 100 DE 1993	18
1.4.2.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA	18
1.4.2.2 LEY 100 DE 1993	
1.4.2.3 PRINCIPALES MODIFICACIONES A LA LEY 100 DE 1993	22
1.4.2.4 PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS	30
1.5 OBJETIVOS	46
1.5.1 GENERALES	46
1.5.2 ESPECÍFICOS	47
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS	48

2.1	TIPO DE ESTUDIO	48
2.2	OBJETO DEL ESTUDIO	48
2.3	MATERIALES Y MÉTODOS	48
3.	RESULTADO	50
4.	CONCLUSIONES	58
	BIBLIOGRAFÍA	59

INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, esta regulado por la Ley 100 de 1993, fundamentado en los derechos Constitucionales de los ciudadanos.

La Seguridad Social se define como "un conjunto de medidas tomadas por la sociedad y en primer lugar por el Estado, para garantizar todos los cuidados médicos necesarios"

Como respuesta a la difícil situación del sector de la salud, se presento un debate que comenzó al final de la legislatura de 2003, con la conformación de una comisión accidental en la Comisión Séptima del Senado, apoyada por un grupo técnico del Ministerio de la Protección Social, en la que casi todos los actores tuvieron oportunidad de presentar su posición. Un grupo de senadores provenientes de los partidos tradicionales, decidió construir un proyecto de reforma, el número 236 de 2003 Senado, que no adoptaba los acuerdos tácitos derivados de las reuniones previas. También circulaba ya el proyecto de ley 180 de 2003 Senado y el gobierno nacional presentó, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, el proyecto 241 de 2003, de manera que al terminar la legislatura en junio de 2004, había tres propuestas diferentes. Esta situación

condujo a todos los actores a recomponer sus estrategias para la legislatura de 2004, iniciada el 20 de julio.

Después se presentaron otros 7 proyectos de ley en donde se reforma la ley 100 de 1993 con los números 19, 31, 32, 38, 52, 54 y 58; y después se sumaron otros proyectos como son 98, 105, 115 y 122, 148 y 151; los cuales fueron acumulados en el proyecto de ley 052 de 2004, que da continuidad a la política de aseguramiento como estrategia o mecanismo estructurado y formal.

1. ASPECTOS TEÓRICOS-CIENTÍFICOS

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La reforma en el sistema de salud en Colombia que dio la ley 100, tiene como objeto realizar las modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), especialmente en lo relacionado con las competencias en los diferentes niveles político administrativos, el recaudo, distribución y flujo de recursos, el aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, el sistema de información, inspección, control y vigilancia, salud para algunos grupos especiales tales como: indígenas, artistas, residentes en el exterior. Para lo anterior modifica especialmente normas de la ley 100/93 y la ley 715/01.

Después de esta reforma las expectativas creadas no se han cumplido, El año 2004 transcurrió en el sector salud en medio de una inconformidad por los problemas generados en las diferentes áreas, entre las que tenemos:

1. SALUD PUBLICA: Se desintegraron los tradicionales programas de salud pública verticales a nivel nacional y, se delegó en las aseguradoras la función de

prevención y promoción, tarea que no asumieron a cabalidad. De ahí la urgencia de ahondar en el redireccionamiento de esta política(1).

2. SOSTENIBILIDAD: La viabilidad y sostenibilidad financiera está en riesgo la reducción de la densidad salarial en el régimen contributivo, la evasión y la elusión, el incumplimiento del aporte del gobierno nacional al régimen subsidiado y la utilización de los recursos del Fosyga como un instrumento para aliviar la grave penuria fiscal del gobierno central(1).

3. LA CRISIS HOSPITALARIA: Las crisis financieras que de nuevo se presentaron en los hospitales y en las aseguradoras públicas, las condiciones de los profesionales de la salud(1).

4. INTEGRACIÓN VERTICAL: El fenómeno de la integración vertical que permite a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios prestar directamente los servicios no fue utilizado para ofrecer instalaciones y facilidades a los usuarios en sitios sin existencia de oferta sino que se dedicó a la creación de gran número de instituciones en centros urbanos bien equipados con instituciones prestadoras de servicios, lo cual ha derivado en duplicación de recursos y ha coadyuvado a la crisis de parte de la oferta ya existente(1).

Estos y otros factores claves que llevaron al Congreso de la República a conformar una Comisión Accidental dedicada al tema, la cual sesionó durante el primer semestre del año 2003.

La Comisión Accidental invitó el 13 de Diciembre de 2003 a todos los actores del sistema a presentar sus posiciones y constituyó grupos técnicos de apoyo. Desde el momento en se conformó la comisión comenzaron a surgir propuestas hasta el punto que entre la comisión accidental y la presentación a la Comisión Séptima del Senado de acumular diecisiete iniciativas legislativas sobre modificaciones totales o parciales, estas iniciativas fueron originados de diferentes vertientes políticas, de entidades gremiales de la salud, de centrales obreras, de grupos de interés, todas coincidieron, en señalar como grandes problemas del sistema de salud la falta de cobertura, la caída en los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de la salud.

La unificación de estos proyectos conforma el Proyecto de Ley 052 de 2004, por lo tanto se quiere conocer ¿Cuáles las modificaciones que propone el proyecto de ley a la calidad en la prestación de servicios de salud, aseguramiento, y sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud planteados en la Ley 100 de 1993?

1.2 JUSTIFICACIÓN

Este estudio permite conocer los cambios que se proponen, analizar si son de utilidad para los colombianos por los múltiples inconvenientes que ha tenido la ley 100 de 1993 a través de estos 16 años que lleva funcionando en nuestro país, pues constantemente se presentan tutelas, cierre de hospitales, etc.

Se describirán los cambios que los actores hacen al sistema General de Seguridad Social en salud.

1.3 PROPÓSITO

Este estudio pretende identificar las principales modificaciones del Sistema de Salud según los diferentes actores que propone el proyecto, en cuanto a reestructurar el Sistema General de Seguridad Social especialmente las propuestas establecidos en la Ley 100 de 1993 y la ley 715 de 2001, uno de los propósitos más importantes de la reforma es el aumento de la cobertura del aseguramiento con “vocación de universalidad”, mediante subsidios totales en el régimen subsidiado y parciales para el contributivo o subsidiado, con énfasis en la población identificada en los niveles 1, 2 y 3 del Sisben (artículo3) y hace explícitas consideraciones sobre poblaciones especiales como los trabajadores del arte y la cultura, los indígenas y los menores de un año.

1.4 MARCO TEÓRICO

1.4.1 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD(2): El Sistema general de seguridad social en salud —SGSSS— fue creado mediante la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, con el objeto de dotar de una nueva organización al sector salud, de modo que se hiciera posible la gradual y progresiva ampliación de coberturas y el acceso a la salud para toda la población del país. A su vez, esta transformación implicó el rediseño de la estructura existente hasta el momento, en gran parte definida por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993 y la Ley 715 de 2001.

De esta manera, SGSSS se rige por un conjunto de principios orientadores definidos en la Ley, que guían su desarrollo e implementación. Estos principios son:

Equidad: El SGSSS contempla la gradual provisión de servicios de salud a todos los habitantes del país, independientemente de su capacidad de pago, con un financiamiento especial para la población pobre y vulnerable, y evitando la selección de riesgos por parte de las entidades aseguradoras mediante un fondo de compensación (subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía —Fosyga—). La cobertura universal se financia mediante los regímenes contributivo (aportes obrero-patronales) y subsidiado (subsidios a la demanda de origen fiscal y parafiscales de la subcuenta de solidaridad del Fosyga).

Obligatoriedad: Se establece la obligación de afiliarse al SGSSS mediante una contribución obrero-patronal, con responsabilidad en la afiliación por parte de empleador. Por su parte, el Estado debe facilitar la afiliación de la población sin vínculo laboral o sin capacidad de pago.

Protección integral: La afiliación al SGSSS confiere a los afiliados beneficios en la educación y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. El Sistema también propende por el mejoramiento de la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios a través del Plan obligatorio de salud.

Libre escogencia: Los afiliados al SGSSS tienen el derecho a la libre escogencia entre entidades administradoras y prestadoras de servicios de salud, sujeta a las posibilidades según las condiciones de la oferta de servicios.

Autonomía de las instituciones: El SGSSS promueve la especialización institucional como camino para lograr mayores niveles de eficiencia y eficacia. En el caso de las instituciones prestadoras de servicios de salud —IPS—, se dará autonomía de acuerdo con el tamaño y complejidad de las mismas, otorgándoseles personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa.

Descentralización administrativa: En el SGSSS se reconoce la responsabilidad territorial por las funciones y servicios propios de salud pública. Las alcaldías y

gubernaciones son responsables de la identificación de la población pobre, de la focalización de subsidios y de la contratación de la administración de estos recursos con entidades públicas y privadas.

Participación social: El SGSSS fomenta y crea espacios para la participación ciudadana en la organización y control de las instituciones del SGSSS y del Sistema en su conjunto y, en particular, en la representación de las comunidades en las juntas directivas de las IPS públicas.

Concertación: El SGSSS establece espacios de concertación, en los consejos de seguridad social en salud, entre los actores que hacen parte del Sistema, para su implementación y desarrollo en los ámbitos nacional y territorial. Por su parte, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud tiene a su cargo la concertación de elementos de regulación para el SGSSS en todo el territorio nacional.

Calidad: El sistema propende no sólo por la ampliación de coberturas, sino, además, por el mejoramiento en la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Para ello se crea el Sistema de garantía de la calidad que contempla, entre otros mecanismos, la acreditación, el establecimiento de requisitos esenciales y la construcción de estándares de calidad

1.4.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN LA CONSTITUCIÓN Y LA LEY 100 DE 1993

1.4.2.1 CONSTITUCIÓN NACIONAL DE COLOMBIA. El ordenamiento constitucional definió claramente que el interés general prima sobre el particular, así lo consagra el Artículo 1° y 2°, al considerar, como fines esenciales del Estado, el servir a la comunidad promoviendo la prosperidad general, lo cual indica que estos principios son vinculantes para posteriores desarrollos legales en cualquier materia.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, forma parte del Sistema de Seguridad Social Integral, regulado por la Ley 100 de 1993, con fundamento en los derechos Constitucionales fundamentales de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política a partir de los artículos 11 al 41 y los derechos sociales, económicos y culturales desde el artículo 42 hasta el artículo 77.

Se define la Seguridad Social como "un conjunto de medidas tomadas por la sociedad y en primer lugar por el Estado, para garantizar todos los cuidados médicos necesarios, así como para asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o reducción importante de los medios de existencia, causados por circunstancias no propiamente creadas voluntariamente"(3).

El artículo 48 de la Carta Magna establece la seguridad social como un derecho irrenunciable de los habitantes del territorio nacional, y como un servicio público obligatorio, cuya organización debe hacerse conforme a los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, de tal manera que el Estado, con la participación de los particulares, amplíe progresivamente la cobertura de la Seguridad Social.

El concepto de seguridad social hace referencia pues, al conjunto de medios de protección institucionales frente a los riesgos que atentan contra la capacidad y oportunidad de los individuos y sus familias para generar los ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna, por tal razón el estado y la sociedad deben garantizar la protección integral de la familia como núcleo fundamental de la sociedad (artículo 42)

El derecho a la seguridad social no está consagrado expresamente como derecho fundamental pero cuando su no reconocimiento tiene la potencialidad de poner en peligro otros derechos fundamentales como la vida (artículo 11), la dignidad humana, el trabajo (artículo 25), la integridad física y moral o e libre desarrollo de las personas de la tercera edad, adquiere el carácter de fundamental.

El derecho a la salud (art. 49) conforma, en su naturaleza jurídica, un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que

atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida, de allí que, conductas que atenten contra el medio ambiente sano (art. 49, inc. 1), se tratan de manera concurrente con los problemas de la salud; fuera de que el reconocimiento del derecho a la salud prohíbe las conductas que las personas desarrollen, con dolo o culpa, que causen daño a otro, imponiendo a los infractores las responsabilidades penales y civiles de acuerdo con las circunstancias. Por estos aspectos, el derecho a la salud resulta un derecho fundamental. El segundo bloque de elementos, sitúa el derecho a la salud con un carácter asistencial, ubicado en las referencias funcionales del denominado estado social de derecho, en razón de que su reconocimiento impone acciones concretas, en desarrollo de predicados legislativos, a fin de prestar el servicio público correspondiente, para asegurar el goce no sólo de los servicios de asistencia médica, sino también los derechos hospitalario, de laboratorio y farmacéuticos. La frontera entre el derecho a la salud como fundamental y como asistencial es imprecisa y sobre todo cambiante, según las circunstancias de cada caso (art. 13), pero en principio, puede afirmarse que el derecho a la salud es fundamental cuando está relacionado con la protección a la vida.

Además los constituyentes de 1991 han querido con esta definición amparar el segmento más débil y vulnerable de la población, el de los niños menores de un año de edad que no tenga ningún tipo protección o seguridad social, con un mecanismo extraordinario en materia de atención médica y hospitalaria por parte de las instituciones que reciban aportes del Estado según el artículo 50.

Colombia pasó de ser un país organizado como Estado de Derecho, a un Estado Social de Derecho, la gran dimensión sistémica del Estado Social de derecho faculta la autonomía de sus entidades territoriales, pero al mismo tiempo en su artículo 356 determina que la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la Nación, de los departamentos, distritos, y municipios y crea el Sistema General de Participaciones para efecto de atender los servicios a cargo de estos últimos y proveer los recursos para financiar adecuadamente su prestación. Adicionalmente, autoriza al Gobierno para reglamentar los criterios de distribución del Sistema General de Participaciones de los departamentos, distritos y municipios, de acuerdo con las competencias que le asigne a cada una de estas entidades.

El artículo 366 de la norma superior establece “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población” como “finalidades sociales del Estado”, cuyo objetivo fundamental es buscar solución a las “necesidades insatisfechas de salud, educación, de saneamiento ambiental y de agua potable”, priorizando el gasto público social sobre cualquier otra asignación.

Para efectos de este trabajo, el principio de igualdad consagrado en el Artículo 13 Constitucional parte de este artículo, versa de la igualdad de todas las personas frente a la ley, es decir, consagra la igualdad formal; la segunda parte, contiene lo que se denomina la igualdad material, o, como prefieren otros, la igualdad real o igualdad efectiva, pues no basta, para construir equidad y, consecuentemente,

justicia social, decir que somos iguales ante la ley, ya que en la esfera de la realidad social se presentan muchísimas desigualdades, frente a las cuales el legislador y los operadores de la ley deben actuar mediante discriminaciones positivas para lograr esa igualdad real, a efecto de poder deprecar a todos los seres la vida digna.

1.4.2.2 LEY 100 DE 1993. La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios, con esta ley se buscó articular mejor el sistema para brindar una cobertura integral a las personas, bajo un esquema de aseguramiento, organizando planes de beneficios que garantizaran tanto la salud individual como la pública: la salud pública mediante el Plan de Atención Básica (PAB), y la salud individual mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS) con sus dos regímenes: subsidiado y contributivo, y la protección frente a los Accidentes de Tránsito, Desastres Naturales y Terrorismo (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que puede cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

Dentro de los objetivos que tiene la ley 100 de 1993 en el Sistema de Seguridad Social en Salud esta la cobertura universal de todos los colombianos para el año

2001, en todos los niveles de atención, según lo definido en el artículo 151 de la ley 100, meta que no se ha cumplido, por la falta cobertura de servicios de salud que conlleva a no conservar la salud, no prevenir la enfermedad, agravar y prolongar la enfermedad y a desencadenar en muchos casos la muerte.

Además del principio de la universalidad otros como son equidad que tampoco se ha logrado, obligatoriedad, solidaridad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

El Sistema de Seguridad Social en Salud, todo colombiano participará en el servicio esencial de salud mediante:

1. La condición de afiliados ya sea al régimen contributivo al cual pertenecen las personas que tienen capacidad de pago como los servidores públicos, pensionado o jubilados, trabajadores independientes y las personas vinculadas a través de un contrato de trabajo, subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.
2. Las otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados y son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención

de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

La actual estructura de financiación de los subsidios a la demanda contempla diversas fuentes de ingreso, tales como el punto de cotización del Régimen Contributivo, los aportes del presupuesto nacional, los aportes de las Cajas de Compensación Familiar, los recursos del Sistema General de Participaciones para subsidios a la demanda, y otros recursos tales como los rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas y reintegros. Por otro lado, están los recursos para la financiación de la oferta pública, que incluyen dineros del Sistema General de Participaciones para oferta y recursos de rentas cedidas destinados a la salud.

Esta estructura de financiamiento con múltiples fuentes dispersas lleva a que los procesos de contratación y pago de servicios del Régimen Subsidiado requieran un gran número de trámites, lo cual promueve retrasos en el flujo de los recursos, dificulta la vigilancia y el control del uso de los recursos y crea espacios para la corrupción. Adicionalmente, la separación de los recursos en componentes para financiar la oferta y la demanda, dificulta su gestión e incrementa los costos administrativos que debe asumir el país. Por lo tanto, una importante proporción de los dineros para el Régimen Subsidiado se desvía hacia usos diferentes de atención de las personas, lo cual va en detrimento de la oportunidad y calidad de los servicios de salud prestados a la población.

El SGSSS incluye el Plan de Atención Básica (PAB) estará constituido por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a los individuos. La prestación del plan de atención básica será gratuita y obligatoria. La financiación de este plan será garantizada por recursos fiscales del Gobierno Nacional, complementada con recursos de los entes territoriales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS), para el Régimen Contributivo y por Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) quienes contratan la prestación directa de los servicios con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), propias o externas, públicas o privadas, y con los hospitales públicos, hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

El Sistema existe un gran número de Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, dispersas en el territorio nacional, que manejan pequeños grupos de riesgo en salud y de riesgo financiero. Esta forma de organización no permite el aprovechamiento de economías de escala en la operación e incrementa los costos administrativos de estas entidades. De igual manera, la capacidad de las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para constituirse en compradores inteligentes para sus afiliados debe lograr que se vinculen a la red de prestadores aquellos de mayor calidad y con mejores resultados para beneficio esencial de su población asegurada.

Adicional a ello, las entidades aseguradoras no enfrentan presión por parte de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios pues no se cumple a plenitud el artículo 153 de la Ley 100 que asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Las restricciones para que el usuario ejerza plenamente este derecho son de diversa índole, pero quizá una de las más importantes ha sido el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y deberes en el SGSSS.

El derecho a la salud ha sido protegido por la acción de tutela, por conexidad al derecho fundamental de la vida, constantemente se presentan a la Rama Judicial las tutelas como único mecanismo para reclamar servicios, como intervenciones y medicamentos no contenidos en el POS, por lo que no son suministrados por las EPS o ARS, demostrando ausencia de autoridad del Estado y una inadmisibles falla en los mecanismos de control, pero también un defecto en la estructura.

La bancarrota de los hospitales públicos, se debe a la manera como les llegan los recursos, tardíamente e incompletos, situación que no ha permitido actualizar tecnología ni mejorar sus plantas físicas, por lo cual se ven están en desventaja frente a las instituciones privadas.

Los hospitales públicos, que ahora deben funcionar como Empresas Sociales del Estado (ESE), deben ser económicamente autosuficientes. Pero se ven obligados a atender la población no asegurada o la de más bajos recursos, lo cual les significa operar con déficit y con carteras crecientes. La situación empeora en la medida que los recursos de oferta, que les permitían existir, son transformados en recursos de demanda. Su precaria situación económica no les ha permitido actualizar tecnología ni mejorar sus plantas físicas, con lo cual se ven en franca desventaja frente a las instituciones privadas, especialmente aquellas que en forma creciente son creadas por las EPS.

A continuación se hace un cuadro donde se enuncian los proyectos de ley y que reforma cada uno de ellos a la ley 100 de 1993:

PROYECTO DE LEY	QUE REFORMA
19 de 2004 Senado	El centro de la propuesta está en mostrar que los recursos actuales del sistema alcanzan para todos, si se organiza un sistema público para pobres administrado por el Estado, articulado a las funciones de salud pública de los entes territoriales, con prestación pública a través de la red hospitalaria, descentralizado y con un plan de beneficios igual al plan obligatorio de salud (POS) contributivo. Aunque se igualan los beneficios, el proyecto no toca el régimen contributivo, a excepción de una reorganización de los recursos, con lo cual persistía el modelo dual.
31 de 2004 Senado	El proyecto de ley plantea una división en la salud pública individual, entendida como servicios individuales de promoción y prevención, y salud pública colectiva, concentrada en el plan de atención básica (PAB), e incluye nuevos mecanismos de acción y vigilancia, control del sistema de aseguramiento en los municipios y en las ARS. Pero lo más importante de este proyecto es la creación del Fondo Territorial Colombia para la Salud (Focos), como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, administrada por fiducia pública, en la cual se pondrían todos los recursos para salud pública colectiva y para el régimen subsidiado, y se contrataría a las ARS en los

	territorios, de manera que los municipios serían sólo tramitadores. Como parte de la negociación con las regiones y los profesionales de la salud, se incluyeron mecanismos para aumentar y estabilizar los recursos para la red hospitalaria pública.
33 de 2004 Senado	Con esta propuesta también resultaría un sistema dual, con salud para pobres a través de la red hospitalaria y salud para aportantes del mismo régimen contributivo. En la última sección, el proyecto dedicó una buena parte al asunto de la estabilidad del trabajo médico en la red hospitalaria, al tiempo que garantizaba un sistema de tarifas en el sistema de aseguramiento que protegiera el ingreso y la calidad del trabajo de los profesionales de la salud.
38 de 2004 Senado	para permitir el pago en el exterior de aportes en salud, la afiliación al Sistema General de Salud a los colombianos que viven en el exterior, al igual que sus núcleos familiares residentes en Colombia.
ley 52 de 2004 Senado	Es de origen gubernamental y orgánico, en cabeza de los ministros de Hacienda, Alberto Carrasquilla, y de la Protección Social, Diego Palacio por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 48-49-356-357 de la Constitución Política, especialmente en lo relacionado en materia de recursos y competencias, aseguramiento, prestación de servicios, financiación, flujo de recursos, sistemas de información, control y vigilancia, salud para algunos grupos especiales tales como: indígenas, artistas, jueces de paz y los jueces de reconsideración, residentes en el exterior. Para lo anterior modifica especialmente normas de la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001. Se propone derogar el Artículo 46 de la Ley 715, para devolver a las aseguradoras del régimen subsidiado la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención, para tener un único responsable.
54 de 2004 Senado	Fue presentado por la honorable Senadora Ángela Victoria Cogollos, por medio de la cual se modifican algunos artículos de la Ley 100 de 1993: inciso tercero del artículo 152, literal n del artículo 156, numeral segundo del artículo 157, artículo 155, numeral 10 del artículo 172, literal 5 del artículo 174, artículo 177, adiciona un párrafo al artículo 182, adición de texto al artículo 185, artículos 186, 213, 219, 220, literal p del artículo 156, artículo 225, 226 y numeral 7 y 8 del artículo 216, eliminado las ARS, y transformándolas en EPS
58 de 2004 Senado	presentado por el honorable Senador Jesús Enrique Piñacué A., por la cual se modifica el Sistema General de Seguridad Social y se adicionan normas especiales a favor de los pueblos indígenas.
98 de 2004 Senado	el proyecto propone integrar los recursos públicos y privados en un solo fondo, para lograr una verdadera solidaridad financiera del sistema. Se trata de sumar los aportes a la seguridad social, recogidos por una central de recaudo, con los diferentes impuestos de destinación específica para salud, hoy disponibles. El fondo, denominado Fondo Único de Seguridad Social en Salud (Fusesa), sería distribuido hacia fondos territoriales de seguridad social en salud, según metas de salud y prioridades de equidad, y administrados por entidades de carácter público con el nombre de Administradora del Fondo Territorial de Seguridad Social en Salud (Afotesa). Los territorios sanitarios tendrían una población mínima de

	cien mil habitantes, y la nueva entidad contrataría los servicios de salud con redes públicas y privadas, pero incorporando la estrategia de atención primaria en salud, el modelo de salud familiar y comunitaria, la integración con la salud pública y los riesgos profesionales, la articulación a otras políticas y sectores sociales, y la organización de redes de servicios por líneas de atención y niveles tecnológicos. De esta forma, el Estado podría identificar las necesidades, aspiraciones y capacidades de las poblaciones de cada territorio, y orientar a todos los prestadores hacia metas de salud y prioridades de equidad.
105 de 2004 Cámara	se implementa el Sistema General de Seguridad Social en Salud a los Trabajadores del Arte y Gestores y Gestoras Culturales, que da prioridad en la cobertura del Régimen Subsidiado a los Artistas del País que no tengan capacidad adquisitiva para pertenecer al Régimen Contributivo.
115 de 2004 Cámara	por la cual se amplía la cobertura en la prestación de servicios de salud a los estratos 1, 2, 3.
122 de 2004 Senado	se modifica la Ley 715 de 2001, en lo referente a competencias en salud de la Nación, los Departamentos, los Municipios y la conformación de redes de Servicios de Salud
148 de 2004 Senado	establece la prioridad de prestar los servicios de salud del sistema general de seguridad social en salud, especialmente en la prevención y promoción. El proyecto de ley integra varias acciones de salud pública, profundiza en la aplicación de estándares de procesos, gestión y resultados; rendición de cuentas; deberes y derechos de los autores del sistema; organiza la estructura del Estado y sus competencias; modifica el régimen subsidiado en un básico y complementario a cargo de los departamentos y municipios, administrados directamente y bajo la vigilancia de contralorías especializadas en salud

Siguiendo el trámite parlamentario habitual de las reformas de leyes estatutarias, todos los proyectos debían ser acumulados alrededor del proyecto de origen gubernamental, el 052 de 2004, aprobado en primer debate tiene como objeto realizar las modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) especialmente en lo relacionado con las competencias en los diferentes niveles político administrativos, el recaudo, distribución y flujo de recursos, el aseguramiento, la prestación de servicios, la salud pública, el sistema de información, inspección, control y vigilancia, salud para algunos grupos especiales

tales como: indígenas, artistas, residentes en el exterior. Para lo anterior modifica especialmente normas de la ley 100/93 y la ley 715/01

1.4.2. 3 PRINCIPALES MODIFICACIONES A LA LEY 100 DE 1993

A continuación se enuncian las principales modificaciones que hace el proyecto de ley 52 de 2004 en cuanto a salud:

a. ASEGURAMIENTO. Frente a la falta de universalidad en el aseguramiento, el proyecto de ley tiene por objeto ampliar la cobertura de aseguramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), según el primer artículo establece que uno de los propósitos más importantes de la reforma es el aumento de la cobertura del aseguramiento con “vocación de universalidad”, mediante subsidios totales en el régimen subsidiado y parciales para el contributivo o subsidiado, con énfasis en la población identificada en los niveles 1, 2 y 3 del Sisben (artículo3) y hace explícitas consideraciones sobre poblaciones especiales como los trabajadores del arte y la cultura, los indígenas y los menores de un año.

Se prevé que en el año 2006 el sistema deberá haber aumentado la cobertura en el régimen subsidiado a por lo menos la mitad de la población no incluida en el régimen contributivo con lo que se esperaba que con los nuevos recursos

aumentaran en cerca de ocho millones los nuevos afiliados a corto plazo. Aún faltaría por asegurar ocho y medio millones más.

Las EPS serán responsables de cumplir con la función de aseguramiento en los distintos regímenes establecidos.

Sólo podrán operar como EPS en el Régimen Subsidiado, las entidades públicas, las entidades privadas si ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

- **Afiliación al régimen contributivo.** Deberán afiliarse al Régimen Contributivo, los servidores públicos, las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los pensionados y jubilados, los trabajadores independientes y en general, aquellas personas con capacidad de pago.

Las cotizaciones se realizarán como mínimo, sobre la base de un Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV) y como máximo, sobre la base de 25 SMLMV.

Los colombianos que habitan en el exterior, podrán hacer el pago correspondiente a su cotización en el Régimen Contributivo, directamente desde el país donde se encuentran domiciliados. Sin embargo, la prestación de servicios sólo se hará efectiva en el territorio nacional.

El Régimen Contributivo permitirá a todo niño que nazca en territorio colombiano, quedar automáticamente como beneficiario de la EPS a la cual esté afiliada su madre. Cuando se trate del hijo del segundo beneficiario y el nieto del cotizante, el niño conservará la calidad de afiliado hasta el primer año de edad.

En los contratos en que se involucre la ejecución de un servicio por una persona natural a favor de otra natural o jurídica (de derecho público o privado), y cuya duración sea superior a un mes; la parte contratante deberá realizar la afiliación al Régimen Contributivo y hacer los aportes correspondientes al SGSSS.

- **Afiliación al régimen subsidiado.** La totalidad de personas pobres y vulnerables del país no afiliadas al Régimen Contributivo ni a ningún Régimen de Excepción y que se encuentren clasificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén, podrán acceder al subsidio total que otorga el Régimen Subsidiado.

Los usuarios que se encuentren vinculados al Régimen Subsidiado en cada municipio, podrán, libremente, hacer la escogencia de su EPS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), definirá el número y conformación de las regiones de operación del Régimen Subsidiado y seleccionará a las EPS autorizadas mediante concurso público realizado cada cuatro años.

En los municipios que tengan menos de 30 mil habitantes, sólo podrá funcionar una o dos EPS y en los de más de 30 mil y menos de 100 mil habitantes, podrá funcionar un máximo de cuatro EPS.

b. LA SALUD PÚBLICA COLECTIVA. Define la salud pública como el conjunto de políticas públicas, acciones y servicios, que buscan mejorar las condiciones de vida y el bienestar del individuo y las colectividades bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de la comunidad, los particulares y todos los sectores relacionados con el bienestar. Los parámetros de la definición hacen pensar que la salud pública es considerada un derecho y, por ende, un bien público esencial que no se limita a eliminar la enfermedad sino que su prestación es integral y es línea primordial para el Estado(4).

Estado es responsable de regulación, vigilancia y control a cargo de: a) Ministerio de la Protección Social, b) El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud que estará constituido por quince miembros en donde la cabeza El Ministro de la Protección Social quien lo presidirá, c) la Superintendencia Nacional de Salud y Direcciones Territoriales de salud.

Eje de Salud pública colectiva a cargo del Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, INVIMA, ICBF, Departamentos, Distritos y Municipios, las cuales contratarían la ejecución del Plan Colectivo de Salud(5) con las

Empresas Sociales del Estado(6) o, excepcionalmente, con entidades especializadas idóneas autorizadas por el Ministerio de la Protección Social. El Plan de Salud Pública Colectiva(7) reemplazaría el Plan de Atención Básica y complementaría las acciones de los planes individuales. Los servicios de salud pública de carácter colectivo estarían a cargo de las entidades territoriales de todo orden y serían gratuitos y obligatorios para toda la población aunque sería dirigido a las colectividades que compartan determinados factores de riesgo. El cambio del PAB a Plan de Salud Pública Colectiva no comporta mayor diferencia.

c. REESTRUCTURAR EL FINANCIAMIENTO Y MEJORAR LA EFICIENCIA DEL SGSSS. Las reformas centrales para el logro de mejoras en eficiencia, tienen que ver con la administración y el flujo de los recursos, la reorganización de las fuentes de financiamiento y la operación del modelo de aseguramiento.

El Proyecto de Ley crea el Fondo Territorial Colombia para la Salud (FOCOS) como una cuenta sin personería jurídica, adscrita al Ministerio de Protección Social, la cual administraría mediante encargo fiduciario los recursos públicos destinados al financiamiento del régimen subsidiado y las acciones de salud pública. FOCOS, dice el proyecto, no hará parte del Presupuesto General de la Nación pero sí estará incluido en la contabilidad del gasto público social.

En la estructura del FOCOS se definen cuatro subcuentas: una global para la salud pública colectiva, una global para el régimen subsidiado, y dos más individuales donde se administrarían los recursos pertenecientes a los entes territoriales que corresponderían igualmente al régimen subsidiado y a la salud pública colectiva. Los activos y pasivos de las subcuentas de solidaridad y promoción de la salud del FOSYGA pasarán a las subcuentas para el régimen subsidiado y para la salud pública colectiva, respectivamente

La subcuenta global para la salud pública colectiva administraría los recursos provenientes del impuesto social a las armas de fuego y municiones; del aporte del régimen contributivo para las acciones colectivas de salud pública; de los recursos del Presupuesto Nacional para programas de salud pública como el Plan Ampliado de Inmunizaciones PAI; y de los activos de la subcuenta de promoción de la salud del FOSYGA. Por su parte, a la subcuenta territorial respectiva concurrirían los recursos del 10% del SGP en salud, de acuerdo con la distribución que haga el CONPES; los recursos de la subcuenta global que sean distribuidos a las entidades territoriales por el CNSSS; y los rendimientos financieros generados por los recursos anteriores. En el régimen subsidiado, ingresarían a la subcuenta global el porcentaje de solidaridad del régimen contributivo y de los regímenes exceptuados; el aporte de las Cajas de Compensación; el aporte del Presupuesto Nacional; y los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras. La territorial tendría como fuentes: el SGP para salud destinados a la financiación de subsidios a la demanda distribuidos por el

CONPES; un porcentaje del monopolio de los juegos de suerte y azar administrado por ETESA; el 40% de las rentas cedidas del departamento que le correspondan a cada municipio; los recursos de la subcuenta global para el régimen subsidiado del FOCOS que le sean asignados al respectivo ente territorial por el CNSSS; los recursos propios de las entidades territoriales; y los saldos de liquidación de contratos del régimen subsidiado, en el respectivo ente territorial.

De otro lado, para evitar que los recursos del FOCOS y FOSYGA sean condicionados por la política fiscal, no parecería ser la mejor medida su exclusión del Presupuesto General de la Nación. Mecanismos diferentes deben permitir que, pese a que estos recursos se incluyan en el presupuesto nacional, sean destinados en su totalidad a los propósitos de orden sectorial para los cuales fueron creados. Ahora bien, las subcuentas individuales territoriales, cuyos recursos son propiedad de los entes territoriales, no deben ser incorporadas al PGN.

Con el propósito de hacer más ágil el flujo de recursos, el proyecto de reforma establece, adicional a la exclusión de los entes territoriales de la cadena de giros, el establecimiento de pagos de las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado(8) a las IPS en forma anticipada para los casos de contratación por capitación; y en las otras modalidades de contratación, la cancelación del 60% de la cuenta en forma inmediata (5 días luego de presentada la factura) . Esto genera un mayor equilibrio entre aseguradores y prestadores por cuanto con la legislación

vigente a las ARS se les paga bimestre anticipado, mientras que ellas pagan a los prestadores, sin incurrir en mora, de 31 a 80 días después del inicio del mes en que se presta el servicio y, en caso de glosas a la facturación, de 91 a 140 días. Así las cosas, considerando las demoras normales en los trámites administrativos se están cancelando los servicios en promedio a los 60 días y con la reforma se esperaría que, de mantenerse la norma de facturación actual, este período no sobrepasaría los 55 días. En cuanto a los contratos de capitación, la reforma establece el pago por bimestre anticipado adicional al pago de mes anticipado que opera actualmente.

Un aspecto que incide en el oportuno giro de recursos, que la reforma no corrige y el cual heredaría el FOCOS, es el desfase entre el momento en que los entes territoriales reciben los dineros de SGP y la fecha en que estos deben pagar a las aseguradoras. Mientras los departamentos, distritos y municipios reciben los recursos del SGP en los 10 primeros días del mes siguiente al causado, deben pagar a las aseguradoras por bimestre anticipado.

d. EQUILIBRIO ENTRE ASEGURADORES Y PRESTADORES. Se espera lograr regulando tanto la integración vertical patrimonial de las EPS, fuente de malestar en la red hospitalaria, como las tarifas de contratación de servicios.

Integración vertical. La falta de una regulación precisa al crecimiento de la oferta de servicios tanto del sector público como del privado ha permitido la creación de

gran número de instituciones privadas y de construcción de nueva infraestructura para las antiguas, en ciudades donde ya existe una gran oferta.

Entre tanto, la atención de la salud de las poblaciones en sitios apartados, en los cuales la oferta es escasa por la baja rentabilidad y sin garantía de satisfacción de las necesidades mínimas de atención, se ha delegado en la red pública cuyos presupuestos han disminuido progresivamente tanto por la conversión de los pagos a atención de vinculados en beneficios sociales, como por la baja demanda efectiva en las ciudades intermedias y pueblos. Esto no sólo ha derivado en duplicación de recursos y desaprovechamiento de economías de escala sino que ha propiciado la crisis de algunas de las entidades públicas y privadas. Ese “crecimiento vertical” ha favorecido la venta de servicios desde las mismas filiales a precios que distorsionan los de mercado hacia el aumento o la disminución, según sea conveniente a las utilidades.

Por ello, es acertada la propuesta de cambio que implica que las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con red propia sólo podrán contratar con ésta hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios.

e. FORTALECER EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – CNSSS. El artículo 156, literal m, de la Ley 100 de 1993, define al CNSSS como un organismo de concertación entre los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y según el artículo 171 de la

misma Ley, es el organismo de dirección del sistema el cual estará adscrito al Ministerio de Salud hoy llamado Ministerio de Protección Social y estará conformado por los siguientes miembros:

- El Ministro de Salud, quien lo presidirá.
- El Ministro de Hacienda y Crédito Público, o su delegado.
- Sendos representantes de las entidades departamentales y Municipales de salud.
- Dos (2) representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana Empresa y otras formas asociativas.
- Dos (2) representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará los pensionados.
- El representante legal del Instituto de Seguro Social.
- Un (1) representante por las Entidades Promotoras de Salud, diferentes del ISS.

- Un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
- Un (1) representante de los profesionales del área de la salud, de la asociación mayoritaria.
- Un (1) representante de las asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural Además, establece que el Consejo tendrá un secretario técnico y será asesorado permanentemente, con voz pero sin voto, por un representante de la Academia Nacional de Medicina, uno de la Federación Médica Colombiana, uno de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, uno de la Asociación Colombiana de Hospitales y otro en representación de las Facultades de Salud Pública(9).

En el proyecto se establecen cambios que no son muy significativos, los mismos se circunscriben a la redefinición de la representatividad de algunos de sus miembros. Sin embargo, la esencia de ser instancia de concertación permanece. De otra parte, se fortalece la estructura técnica.

En cuanto a los miembros(10), a diferencia de la Ley 100, se establece un único representante de los empleadores y se reduce a uno el representante de los entes territoriales. Se agrega un representante de las Empresas Sociales del Estado y un representante de las EPS públicas del régimen subsidiado (art 9). El período de

los representantes de organismos no gubernamentales será de dos años y podrán ser reelegidos, duración que no se especificaba en la Ley 100. Además, se agregarán 4 integrantes a los asesores permanentes establecidos en la Ley vigente: un miembro en representación de las Asociaciones de Profesionales de la Salud diferentes a la medicina, uno de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos, un representante de las centrales obreras y un representante de las confederaciones de pensionados.

Por medio del artículo 10 del Proyecto de reforma se fortalecería la secretaría técnica, encargada de proveer estudios técnicos sobre evaluación tecnológica, financiera y de planes de beneficios para que el CNSSS tome las decisiones pertinentes, la cual sería ejercida por un funcionario del nivel directivo del Ministerio de la Protección Social elegido por el Consejo.

También podría contar con comisiones ad-hoc conformadas por expertos en las áreas de los estudios técnicos enunciados.

1.4.2.4 PARTICIPACIÓN DE LOS GRUPOS DE INTERÉS.

La influencia o la importancia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud, estos grupos intervienen en la agenda y las decisiones públicas son grupos distintos del gobierno y de los partidos políticos,

que pretenden o influyen en las políticas públicas de manera discreta en los regímenes del gobierno. Como la ciudadanía tiene pocos recursos para inscribir sus problemas ante las corporaciones públicas, debe recurrir a las élites o a los grupos de presión. Éstos no solo presentan a consideración y negocian los problemas de la ciudadanía, también se encargan de vigilar que el Ejecutivo los cumpla.

Entre los grupos de interés o actores o personas que son afectados directa o indirectamente el proceso de la reforma de ley 100 de 1993 mediante el proyecto de Ley 052 de 2004 y que son más relevantes en la Reforma del Sistema de Salud son las siguientes:

SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO	SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA	AGENCIAS Y ORGANISMOS DE COOPERACIÓN BILATERAL Y MULTINACIONAL
En el Gobierno • Presidencia de la República • Ministerio de Seguridad Social • Otros organismos del Estado • Consejos Nacionales de salud	Aseguradoras nacionales e internacionales: • Con fines de lucro • Sin fines de lucro	Sociedad civil organizada alrededor de la salud: - Gremios - Asociación de trabajadores - sindicatos - Asociaciones profesionales - ONGs en salud - Comités o consejos de salud - Asociación de pacientes - Grupos de autocuidado - Grupos de base en salud	Financiero: • Agencias de cooperación internacional financiera • Banca multilateral (BID-BM) y otros
Instituciones de seguridad social	Prestadores de servicios: • Con fines de lucro • Sin fines de lucro	Sociedad civil organizada en general: • Asociación o grupos de vecinos (<i>citizens' groups</i>) • Partidos políticos • Asociaciones comerciales • Cámaras de empresarios • Cámara de industriales • Otros • Universidades e institutos de educación superior privados • Iglesia	Técnico: • Agencias y Organismos de Cooperación Internacional técnica (ONU, OPS, PNUD, UNICEF, UNPF) • Agencias bilaterales y multilaterales de asistencia técnica de Canadá, Dinamarca, Francia, Italia, Holanda, España, Suecia, Alemania, Japón, Estados Unidos (por

		• Público en general • Medios de comunicación	ejemplo: USAID), Unión Europea y la Comunidad Europea
Nivel intermedio de gobierno (nivel subnacional: estados o provincias)	Proveedores de insumos		
Gobiernos locales (municipales, distritales, o similares)	Empresas de tecnología en salud (equipos y medicamentos)		
Unidades coordinadoras de los préstamos multilaterales			
Universidades e institutos de educación superior públicos			
Otras instituciones del sistema de servicios de salud			

Entre los principales actores encontramos los siguientes y sus exposiciones respecto del porque se debe reformar y comentarios del proyecto de ley:

La Academia Nacional de Medicina elaboró el proyecto de ley 033 del Senado, que fue presentado por el senador Germán Vargas Lleras, en donde se concentró el los recursos del régimen subsidiado.

Ha reiterado su convicción de que el Sistema General de Seguridad Social en Salud, debe ser un servicio público esencial, de carácter obligatorio, el cual debe ser prestado bajo la dirección y control del Estado, y además el Sistema General de Seguridad Social en salud debe apropiar los recursos de inversión para el adiestramiento y capacitación del personal que luego va a tener a su cargo la atención de sus afiliados.

Considera muy importante en este proyecto de Ley 052/04 es lo pertinente al control de la "integración vertical", pues los hospitales y clínicas privados y

públicos se ven amenazados en cuanto a su misma subsistencia por el fenómeno de la “integración vertical” que permite a las EPS y ARS crear sus propias IPS, o sea instituciones prestadoras de servicios de salud.

La posición de la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS) que siempre ha defendido un nuevo modelo de seguridad social.

La Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud, (Gestarsalud), dice que a pesar que la ley 100 tiene grandes beneficios a la población como es el caso de la cobertura en el aseguramiento, el incremento de los recursos destinados al sistema, la reestructuración y el aumento del financiamiento y solidaridad entre regímenes entre otros, hay problemas de subsidios, los recursos no fluyen, hay inequidad en los planes, etc.

También a GESTARSALUD le adecuado la ampliación de la participación de los diferentes sectores en el CNSSS, incluyendo un espacio de representación para una EPS del subsidiado y otra del contributivo, sin establecer privilegios de las EPS públicas sobre las privadas o las Eses.

Según el doctor Juan Carlos Giraldo Valencia director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC)(11), se debe reformar con celeridad la Ley 100, haciendo cambios profundos a la estructura, al funcionamiento, a la forma de financiarse, a la forma de vigilar, a los flujos de información dentro del

sistema. Sin embargo, el director de la Asociación aclara que el sistema de aseguramiento no puede generalizarse, porque hay sitios donde no cabe, como en los municipios pequeños, hay que tener el esquema de un sistema de oferta vía a la demanda.

Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI) través de un documento en el que analiza el proyecto 052, asegura tener la voluntad de ayudar a definir los ajustes del sistema de seguridad social, que busca fortalecer el disfrute pleno, por parte de los ciudadanos, de cuatro principios sobre los que se basa el sistema: universalidad, solidaridad, sostenibilidad y calidad. Considera que la iniciativa afecta la consecución íntegra de esos fundamentos. Afirma, además, que el proyecto no corrige la inequidad regional que existe para la financiación del régimen Subsidiado y que limita el crecimiento del Contributivo. Asegura que el 052 afecta la sostenibilidad financiera de este último. A su juicio, al restringir la libertad de empresa, la libre escogencia y la competencia, se trunca la posibilidad de lograr una mayor calidad dentro del sistema.

Respecto de la posición de Asocajas, el doctor Vélez Atehortúa destaca aspectos como que se debe determinar que las actividades de promoción y prevención sean de obligatorio cumplimiento y que se deben regular las patologías de alto costo.

El ministro de la Protección Social, Diego Palacio Betancourt, previó que, de ser aprobado el proyecto, alrededor de 6 millones de colombianos pobres podrán

ingresar al régimen subsidiado de salud en el año 2006, crecimiento significativamente grande y sin precedentes en el país. El Gobierno le sigue apostando a la universalidad en cobertura de la salud subsidiada, lo cual requiere de recursos muy importantes, que el Gobierno está buscando por diversas vías.

La Central Unitaria de Trabajadores de Colombia (CUT), y su Coordinadora Nacional del Sector Salud y Seguridad Social, han participado desde su creación en las acciones de defensa de los intereses sociales de la población, especialmente, en lo relacionado con la defensa del derecho humano fundamental a la salud, con principios de universalidad, solidaridad, equidad y unidad.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERAL

Identificar las principales modificaciones del Sistema de Salud según los diferentes actores que propone el proyecto de ley 52 de 2004, en cuanto a la reestructuración del Sistema General de Seguridad Social .

1.5.2 ESPECÍFICOS

1. Determinar cuales son las modificaciones que propone el proyecto de ley 052 de 2004 al sistema general de Seguridad Social Salud en cuanto a su reestructuración.
2. Establecer que posición toman los actores para modificar la ley 100 de 1993.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Revisión bibliográfica.

2.2 OBJETO DEL ESTUDIO

Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2.3 MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica cuyo objeto de estudio fue la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la búsqueda de información se hizo teniendo en cuenta los siguientes descriptores: proyecto de ley 19 de 2004 del senado, proyecto de ley 31 de 2004 del senado, proyecto de ley 33 de 2004 del senado, proyecto de ley 38 de 2004 del senado, proyecto de ley 052 de 2004 del senado, proyecto de ley 54 de 2004 del senado, proyecto de ley 57 de 2004 del senado, proyecto de ley 58 de 2004 del senado, proyecto de ley 98 de 2004 del senado, proyecto de ley 105 de 2004 de la cámara, proyecto de ley 115 de 2004 de la cámara, proyecto de ley 122 de 2004 del senado y, proyecto de ley 148 de 2004 del senado proyecto de ley 151 de 2004 del senado. se consultaron las

siguientes bases de datos para la búsqueda en INTERNET www.concejodearmenia.gov.co, www.abcsenado.gov.co, www.ach.org.co/corculares2004, www.colegiomedico.org.co www.periodicoelpulso.com entre otros; y para la búsqueda manual se visitaron las siguientes bibliotecas: biblioteca departamental de la ciudad de Cali y la biblioteca de COMFANDI en la ciudad de Cali, Para la selección de los artículos. Fueron recolectados en una matriz bibliografica , de acuerdo al tipo de estudio, el autor y la fecha de publicación, después fueron analizados teniendo en cuenta las unidades de temáticas definidas para la investigación.

3. RESULTADOS

Los grupos de interés ejercen un papel fundamental en la formación de la política pública. Como la ciudadanía tiene pocos recursos para inscribir sus problemas ante las corporaciones públicas, debe recurrir a las élites o a los grupos de presión. Éstos no solo presentan a consideración y negocian los problemas de la ciudadanía, también se encargan de vigilar que el Ejecutivo los cumpla. Pese a ello, esta abogacía conlleva riesgos y distorsiones.

Aprovechando su abogacía, los grupos de interés encaminan sus prioridades como necesidades de la sociedad en general, procurando que con recursos públicos se defiendan sus prerrogativas. La participación en el régimen de gobierno y el acceso a determinadas posiciones del Ejecutivo serán por tanto un factor determinante de éxito, de la misma manera que el logro de pactos o negociaciones en donde el gobierno tiene que consultarles para decidir.

Entre las personas o grupos de interés en modificar la ley 100 de 1993 encontramos: La Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento de la Salud, (Gestarsalud), Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) Academia Nacional de Medicina Asociación Nacional de Profesiones de la Salud

ASSOSALUD, las cuales ayudaron al proyecto de ley 52 de 2004, entre las que encontramos como principales:

1. SALUD PUBLICA: En el manejo de la salud pública el proyecto de ley 52 de 2004, introduce avances porque se garantiza estabilidad en su financiamiento, al fusionar los recursos fiscales y parafiscales destinados a atender la salud pública individual, familiar y la colectiva. Sin embargo, sigue la diferenciación de las acciones de impacto individual de las colectivas, dándole la responsabilidad de los primeros a las aseguradoras y los segundos a los entes territoriales. Es necesario, sin embargo, establecer mecanismos concretos para garantizar que estos agentes asuman a cabalidad estas competencias porque la deficiencia en su cumplimiento, a partir de la expedición de la ley 100 de 1993, fue una de las causas del deterioro en esta materia.

2. SOSTENIBILIDAD: En materia de financiamiento, el ajuste propuesto no genera mayores recursos para el sistema. El proyecto se limita a redistribuir las fuentes actuales, dando prioridad al régimen subsidiado mediante la transformación de recursos de oferta a demanda y la reasignación de usos en el régimen contributivo, con la consecuente reducción para el proceso de compensación.

El proyecto compromete nuevamente al gobierno nacional a hacer un aporte progresivo proporcional al de solidaridad del régimen contributivo, alcanzándose

en el 2010 Para las finanzas del sistema este reiterado propósito es sano. Desde luego su cumplimiento sólo será posible en la medida en que el gobierno central supere su precaria capacidad financiera del momento.

Ante los cuestionamientos sobre la baja capacidad técnica de algunos entes territoriales, para dirigir y prestar los servicios de salud en su territorio y las reiteradas denuncias de corrupción, ineficiencia y desviación de recursos en el nivel local, el proyecto prevé un nuevo esquema de administración de los mismos con la **creación del Focos** y la reestructuración del Fosyga. Con ello, se solucionarían los casos de desviación absoluta de recursos por parte de los entes territoriales, pero no la destinación impropia de los mismos que se presenta por la indebida focalización, la mal intencionada selección de beneficiarios, y la amañada elección y contratación de las ARS.

3. LA CRISIS HOSPITALARIA: Las crisis financieras que de nuevo se presentaron en los hospitales y en las aseguradoras públicas, las condiciones de los profesionales de la salud.

La reforma en salud impone nuevos paradigmas basados en las leyes del mercado que convierten los servicios en un **negocio**; por tanto, debe ser rentable, lo que impone el ánimo de lucro sobre el beneficio social. Por ello nos preguntamos: en el “mercado de la salud”, donde lo que interesa es la ganancia...

¿quién compite por atender a quien no tiene con que pagar?

Los principios universales de la Seguridad Social no han sido respetados ni cumplidos en el desarrollo de la reforma; veamos:

- **Equidad.** No se cumple: existe un POS (Plan Obligatorio de Salud) para aquellos que tienen capacidad de pago y un POS-S para los que no la tienen.
- **Universalidad.** No se cumplirá esta meta prevista para enero de 2.001; 24 millones de personas “*vinculadas*”, sin el carnet que les acredite los servicios de salud como un derecho, lo confirman.
- **Integralidad.** Existen limitantes que impiden la atención integral de la salud, como son las cuotas moderadoras, los copagos, los períodos de carencia, las exclusiones, que pudieran ser válidas en los seguros comerciales con ánimo de lucro, pero no en el contexto de la seguridad social.
- **Solidaridad:** se descarga en el aporte de los empleadores y trabajadores, mientras el Estado reiteradamente incumple sus compromisos.
- **Calidad.** Está comprometida en el modelo eficientista que exige rendimientos, mayor número de actos médicos por unidad de tiempo, sacrificando la calidad y la calidez de la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

La totalidad de las EPS públicas están intervenidas por la Supersalud, por tanto, no pueden afiliar trabajadores, en tanto las privadas se lucran de tal situación; lo que devalúa un marchitamiento deliberado de las empresas públicas de Seguridad Social, como el ISS, Caprecom y Cajanal.

Las reestructuraciones o las fusiones y los Planes de Desempeño NO HAN SOLUCIONADO LA CRISIS HOSPITALARIA porque únicamente persiguen el control de costos a ultranza; el resultado en los 27 hospitales reestructurados en el país (en los que se invirtieron más de \$400.000 millones del situado fiscal, excedentes de ECAT y recursos del crédito con el BM) fue el despido de cerca del 40 % de los trabajadores de planta y la negación consecuente de servicios a la comunidad; pero, no solucionaron las causas de fondo, externas a los hospitales, como lo son el proceso de intermediación y, la disminución del Situado Fiscal y los recursos de oferta para garantizar el funcionamiento de los mismos.

Por tal razón las propuestas que se presentaron para reformar la ley 100 de 1993 fueron las siguientes:

Para solucionar la crisis hospitalaria nacional en forma inmediata se dispondrán los recursos que la Nación adeuda por concepto de *paripassu* al actual régimen subsidiado (unos \$720.000 millones) y se invertirá en la modernización de la infraestructura de la red pública de servicios, para hacerla competitiva en la prestación de servicios de la más alta calidad.

a. **Financiación de los hospitales.** Se garantizará un flujo permanente y equitativo de recursos, de tal forma que estas instituciones se financien con recursos del Estado. Para ello, se deberán incrementar los recursos del Situado Fiscal y las Rentas Cedidas y mantendrán como recursos de oferta, en proporción a la población a ser atendida y a los gastos de personal de los hospitales. Los presupuestos de los hospitales serán elaborados prospectivamente y con control de gestión para promover la eficiencia social y la optimización de los recursos.

b. **El Estado deberá cumplir** estrictamente con sus aportes a los entes territoriales departamentales, capitales y distritales como entes autónomos administrativa y financieramente. Se eliminará en la salud, definitivamente, la figura de los intermediarios con ánimo de lucro.

Para ello, por iniciativa de las instituciones médicas, de los profesionales de las ciencias de la salud y de los trabajadores del sector, han constituido un frente amplio por la defensa de la salud y la seguridad social: el **MOVIMIENTO DE UNIÓN NACIONAL POR LA SEGURIDAD SOCIAL, UNÁMONOS**, el cual permitirá hacer planteamientos políticos de fondo como la defensa de la soberanía y la integridad de la nación, el manejo menos desventajoso de la Deuda, la inversión extranjera, la apertura económica, rescatar la producción nacional como fuente generadora de riqueza y empleo, la intervención del Estado en los asuntos cruciales de la Nación como la economía, la educación, la vivienda de interés social y los servicios públicos.

4. INTEGRACIÓN VERTICAL: El fenómeno de la integración vertical que permite a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios prestar directamente los servicios no fue utilizado para ofrecer instalaciones y facilidades a los usuarios en sitios sin existencia de oferta sino que se dedicó a la creación de gran número de instituciones en centros urbanos bien equipados con instituciones prestadoras de servicios, lo cual ha derivado en duplicación de recursos y ha coadyuvado a la crisis de parte de la oferta ya existente.

Además la falta de una regulación precisa al crecimiento de la oferta de servicios tanto del sector público como del privado ha permitido la creación de gran número de instituciones privadas y de construcción de nueva infraestructura para las antiguas, en ciudades donde ya existe una gran oferta.

Entre tanto, la atención de la salud de las poblaciones en sitios apartados, en los cuales la oferta es escasa por la baja rentabilidad y sin garantía de satisfacción de las necesidades mínimas de atención, se ha delegado en la red pública cuyos presupuestos han disminuido progresivamente tanto por la conversión de los pagos a atención de vinculados en beneficios sociales, como por la baja demanda efectiva en las ciudades intermedias y pueblos. Esto no sólo ha derivado en duplicación de recursos y desaprovechamiento de economías de escala sino que ha propiciado la crisis de algunas de las entidades públicas y privadas. Ese “crecimiento vertical” ha favorecido la venta de servicios desde las mismas filiales

a precios que distorsionan los de mercado hacia el aumento o la disminución, según sea conveniente a las utilidades.

Por ello, es acertada la propuesta de cambio que implica que las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado que cuenten con red propia sólo podrán contratar con ésta hasta un treinta por ciento (30%) del total de los servicios.

Estos y otros factores claves que llevaron al Congreso de la República a conformar una Comisión Accidental dedicada al tema, la cual sesionó durante el primer semestre del año 2003.

La Comisión Accidental invitó el 13 de Diciembre de 2003 a todos los actores del sistema a presentar sus posiciones y constituyó grupos técnicos de apoyo. Desde el momento en se conformó la comisión comenzaron a surgir propuestas hasta el punto que entre la comisión accidental y la presentación a la Comisión Séptima del Senado de acumular diecisiete iniciativas legislativas sobre modificaciones totales o parciales, estas iniciativas fueron originados de diferentes vertientes políticas, de entidades gremiales de la salud, de centrales obreras, de grupos de interés, todas coincidieron, en señalar como grandes problemas del sistema de salud la falta de cobertura, la caída en los indicadores de salud pública, las dificultades en el flujo de recursos y la existencia de conductas rentísticas con los dineros de la salud.

4. CONCLUSIONES

La reforma contempla ajustes que contribuyen a lograr los objetivos enunciados en el artículo

1. En términos de cobertura crea condiciones para alcanzar un mayor número de afiliados pero no se compromete con la universalidad al quedar el 16% de las personas fuera del sistema. Por el contrario, la estrategia de ampliación profundiza las inequidades existentes en materia de plan de servicios con la creación de un nuevo régimen, los subsidios parciales con POS inferior al del régimen subsidiado.
2. Se solucionarían los casos de desviación absoluta de recursos porque el FOCOS controlaría su pérdida y destinación diferente, pero no la destinación impropia que se da en la focalización, selección de beneficiarios, elección de aseguradoras y contratación.
3. En salud pública hay avances porque se le garantiza estabilidad en su atender la salud pública individual, familiar y colectiva. Sigue la diferenciación de las acciones de impacto individual de las colectivas, dándole la responsabilidad de los primeros a las aseguradoras y a los entes territoriales a los segundos.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Política de Colombia. Colección Códigos Básicos, Editorial Legis. Págs. 3-378. 2004.

CARDONA José Fernando, Hernández Amparo, Yepes Francisco J. La reforma a la seguridad social en Colombia. 2005 - 3

GIRALDO VALENCIA Carlos. La complejidad del sistema de seguridad social en salud. Revista Gerencia y Políticas de salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pags. 197-207. Nro 9. 2005. Colombia.

GÓMEZ Conrado Adolfo. Influencia de los grupos de interés y asociación en las reformas y los sistemas de salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Págs. 62-78. Nro 9. 2005. Colombia.

PAREDES Nelcy. Criterios para reformar la salud, universalidad, solidaridad, sostenibilidad y calidad. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Págs. 220-233. Nro 9. 2005. Colombia.

PATÍÑO RESTREPO, José Félix. La ley 100 de 1993, Reforma y crisis de la salud en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Págs. Nro 9. 2005. Colombia.