

**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



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

Categoría: Pregrado
Área: Práctica profesional
Modalidad: Oral

Ruiz C. *
Caicedo M

Resumen

Objetivo: Describir las principales modificaciones del Sistema de Salud según los diferentes actores que propone el proyecto de ley 052 de 2004, en cuanto a la reestructuración del Sistema General de Seguridad Social.

Materiales y métodos: Se realizó una revisión bibliográfica teniendo en cuenta los siguientes descriptores: proyecto de ley 052 de 2004 del Senado, ley 100, constitución política de Colombia, y otros, la búsqueda en Internet se hizo en las siguientes bases de datos: www.concejodearmenia.gov.co, www.abcsenado.gov.co, www.ach.org.co/corculares2004, www.colegiomedico.org.co, www.periodicoelpulso.com y la búsqueda manual en la biblioteca departamental y la biblioteca de COMFANDI en Cali, los artículos. Fueron recolectados en una matriz bibliográfica, 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.

Resultados: En cuanto a Salud pública se plantea una reforma en el control de la calidad del servicio y se ve claramente una diferenciación entre la salud pública y la colectiva. Se sigue el carácter individual de los afiliados al Régimen contributivo y al Régimen Subsidiado, establecidos en el POS y prestados obligatoriamente y de manera integral a través de las EPS. Los servicios de salud pública de carácter colectivo, estarán establecidos en el Plan de Salud Pública Colectiva.

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

Conclusiones: En salud pública hay avances porque se le garantiza estabilidad en su financiamiento, al fusionar los recursos fiscales y parafiscales destinados a atender la salud pública individual, familiar y colectiva

Palabras Claves: proyecto de ley 052 de 2004, ley 100 de 1993, constitución política de Colombia.

ABSTRAC

Objective: To describe the main modifications of the System of Health according to the different actors whom the project of 2004 proposes law 052, as far as the reconstruction of the General System of Social Security.

Materials and methods: it has made a bibliographical revision having had in account following the description ones; project of law 052 of 2004 of the Senate, law 100, political constitution of Colombia, and others, the search in Internet became in the following data bases: www.concejodearmenia.gov.co, www.abcsenado.gov.co, www.ach.org.co/corculares2004, www.colegiomedico.org.co, www.periodicoelpulso.com; and the manual search in the following libraries: departmental library and the library of COMFANDI in Cali, the articles. They were collected in a bibliographical matrix, according to the type of study, the author and the date of publication, after they were analyzed considering the defined units of thematic for the investigation.

Results: As far as public Health a reform in the control of the quality of the service considers and a differentiation between the public health and the collective one is seen clearly. The individual character of the affiliated ones with the contributing Regime and the Subsidized Regime is followed, they will be established in the POS and lent obligatorily and of integral way through the EPS. The services of public health of collective character, they will be established in the Plan of Collective Public Health.

Between the people or groups of interest in modifying law 100 of 1993 we found: The Association of Managing Companies of the Securing of the Health, (Gestarsalud), Colombian association of Hospitals and Clínicas (ACHC) National Academy of Medicine National Association of Professions of Health ASSOSALUD

Conclusions: In public health there are advances because is guaranteed stability to him in its financing, when fusing the fiscal and parafiscales resources destined to take care of public the health individual, collective and relatives.

Key words: project of law 052 of 2004 of the Senate, law 100 the 1993, political constitution of Colombia

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" (1)

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. (2)

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. (3)

Los principales inconformidades en las diferentes áreas fueron:

1. SALUD PÚBLICA: Se desintegraron los tradicionales programas de salud pública verticales a nivel nacional y, de

otra, 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: Su viabilidad y sostenibilidad financiera está en riesgo por la reducción de la densidad salarial en el régimen contributivo, la evasión y la elusión, el incumplimiento del aporte del gobierno 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)

Los motivos para la presentación de este proyecto de ley 052 de 2004 se hizo por las innumerables quejas que traía la ley 100 de 1993, sobre su funcionamiento y resultados, inconformidades que vienen reuniéndose en los medios de comunicación, en los espacios de discusión nacional y en el Congreso de la República. Luego de escuchar y conocer estas dificultades, con participación del Gobierno y diferentes actores que concurren a ella, incluyendo, las universidades, los investigadores, los gremios, y representantes de la sociedad civil, los prestadores, los aseguradores y los usuarios, se puede concluir que existen obstáculos significativos en la operatividad de la reforma y en el cumplimiento del espíritu constitucional

por el que se rige. Por la seriedad y magnitud de estos obstáculos se requiere una modificación a la legislación vigente, por ello el Congreso Nacional asumió la responsabilidad de estudiar y plasmar en una ley orgánica los cambios necesarios. Por lo tanto es importante 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?

El objetivo general en esta investigación es describir las principales modificaciones del Sistema de Salud según los diferentes actores que propone el proyecto de ley 052 de 2004, en cuanto a reestructurar el Sistema General de Seguridad Social.

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

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 19,31,33, 38, 052, 54, 57, 58, 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, 148, 151 de 2004 del senado y, se consultaron las siguientes bases de datos para la búsqueda en INTERNET www.concejodearmenia.gov.co, www.abcsenado.gov.co, www.ach.org.co/corcuiares2004, 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, los artículos fueron recolectados en una matriz bibliográfica de acuerdo al tipo de estudio, el autor y la fecha de publicación, después fueron analizados teniendo en cuenta las unidades temáticas definidas para la investigación.

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. (4)

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. (4)

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 compete 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. (4)

- **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. (4)

- **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. (4)

- **Solidaridad:** se descarga en el aporte de los empleadores y trabajadores, mientras el Estado reiteradamente incumple sus compromisos. (4)

- **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 afiliarse trabajadores, en tanto las privadas se lucran de tal situación; lo que devela un marchitamiento deliberado

de las empresas públicas de Seguridad Social, como el ISS, Caprecom y Cajanal.(4)

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. (5)

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. (5)

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. (5)

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. (5)

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. (5)

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. (5)

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. (6)

CONCLUSIONES:

La reforma contempla ajustes que contribuyen a lograr los objetivos enunciados, 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. (6)

Busca disminuir 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. (6)

En salud pública hay avances porque se le garantiza estabilidad en su financiamiento, al fusionar los recursos fiscales y parafiscales destinados a 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

1. PATIÑO RESTREPO, José Félix. La ley 100 de 1993, Reforma y crisis de la salud en Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Págs. No 9. 2005. Colombia.
2. CARDONA José Fernando, Hernández Amparo, Yepes Francisco J. La reforma a la seguridad social en Colombia. 2005 - 3
3. GIRALDO V. Carlos. La complejidad del sistema de seguridad social en salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Revista Gerencia y Políticas de Salud. Págs. 197-207. Nro 9. 2005. Colombia.

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

5. GÓMEZ Conrado A. 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.

6. Proyecto de Ley 052 de 2004, y sus acumulados. Senado, 2005. Colombia.

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