

## **POR QUÉ REFORMAR LA REFORMA**

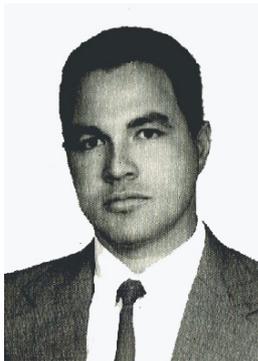
¿Debe reformarse la Ley de Seguridad Social en Salud en Colombia?

¿Hacia dónde debe apuntar la Reforma?

Julio Mario Orozco Africano



editado por  
**eumed.net**



**Julio Mario Orozco Africano** Médico y cirujano de la Universidad de Cartagena, cursó estudios de postgrado en Derecho de la Seguridad Social, Gerencia en Servicios de Salud, Auditoría de Servicios de Salud y cursos avanzados de Cooperación Internacional, Gestión Municipal y Economía Solidaria.

Es autor de varias obras entre las que se encuentran *Lo que usted debe saber sobre seguridad social* 1997, de dos tomos y *Gestión Municipal* de doce tomos editada por la gobernación del Valle del Cauca en 1998, en asocio con docentes de la Universidad del Valle.

Actualmente es docente de la Corporación Universitaria del Sinú, universidad del Norte de Barranquilla y consultor para el Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de la Protección Social. Ha sido fundador y asesor de varias EPS, ARS e IPS del país.

Envíe sus comentarios al libro directamente al autor:  
[jm\\_orozco@yahoo.com](mailto:jm_orozco@yahoo.com)

ISBN-10: 84-689-7053-0  
N° Registro: 06/15734

Para citar este libro puede utilizar el siguiente formato:

**Orozco Africano, J.M.** (2006) *Porqué reformar la reforma* Edición electrónica. Texto completo en [www.eumed.net/libros/2006/jmo/](http://www.eumed.net/libros/2006/jmo/)

**Contenido**

<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>7</b>
<b>1. MARCO HISTÓRICO DE LA REFORMA</b>	<b>9</b>
<b>1.1. ANTES DE LA LEY 100 DE 1993</b>	<b>9</b>
1.1.1. UN INTENTO FALLIDO ANTES DE LA LEY 100.	11
1.1.2. EL ADVENIMIENTO DE LA LEY 100 DE 1993.	13
1.1.3. LOS PRINCIPIOS DE LA REFORMA	15
<b>1.2. 10 AÑOS DE LA LEY 100 DE 1993</b>	<b>18</b>
1.2.1. DE SUBSIDIAR LA OFERTA A SUBSIDIAR LA DEMANDA	18
1.2.2. DE LA JUSTICIA CONMUTATIVA A LA JUSTICIA DISTRIBUTIVA	20
1.2.3. DEL MODELO CURATIVO AL MODELO PREVENTIVO	22
1.2.4. DEL ESTADO PRESTADOR DE SERVICIOS AL GARANTE	22
1.2.5. DEL GASTO EN SALUD BAJO AL INCREMENTO DE RECURSOS PARA LA SALUD	23
<b>2. PROBLEMAS QUE MOTIVAN LA REFORMA</b>	<b>23</b>
<b>2.1. FOCALIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS</b>	<b>23</b>
<b>2.2. AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN DE BENEFICIARIOS</b>	<b>24</b>
<b>2.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS BENEFICIARIOS</b>	<b>24</b>
<b>2.4. PRESIONES INDEBIDAS A LOS AFILIADOS</b>	<b>24</b>
<b>2.5. LA DEBILIDAD DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL</b>	<b>25</b>
<b>2.6. LA FALTA DE UNIVERSALIDAD</b>	<b>26</b>
<b>2.7. LA FALTA DE EFICIENCIA</b>	<b>26</b>
<b>2.8. LA EVASIÓN Y ELUSIÓN</b>	<b>28</b>
<b>2.9. EL PROBLEMA ECONÓMICO</b>	<b>28</b>
<b>2.10. EL PROBLEMA DE FLUJO DE RECURSOS</b>	<b>28</b>
<b>2.11. EL PROBLEMA SALARIAL</b>	<b>29</b>
<b>2.12. EL PROBLEMA DE INEQUIDAD</b>	<b>30</b>
<b>2.13. EL PROBLEMA DE INFORMACIÓN</b>	<b>30</b>
<b>2.14. EL PROBLEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS</b>	<b>31</b>
2.14.1. CRISIS DE HOSPITALES PÚBLICOS	32
2.14.2. PROLIFERACIÓN DE IPS PRIVADAS DE PRIMER NIVEL	33
2.14.3. DESEQUILIBRIO ENTRE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS	33
2.14.4. LA ATENCIÓN DE LOS POBRES NO ASEGURADOS	33
<b>3. MARCO CONSTITUCIONAL, JURISPRUDENCIAL Y LEGAL</b>	<b>34</b>
<b>3.1. RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD</b>	<b>39</b>
3.1.1. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POS-S. – COBERTURA PRESTACIONAL	41
3.1.2. UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD <sup>45</sup>	45

3.1.3.	CONTRATOS DE ASEGURAMIENTO PARA ADMINISTRAR EL RÉGIMEN SUBSIDIADO.	48
<b>3.2.</b>	<b>COMPETENCIA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES DENTRO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.</b>	<b>57</b>
3.2.1.	COMPETENCIA DE LOS DEPARTAMENTOS EN SALUD.	57
3.2.2.	COMPETENCIAS DE LOS MUNICIPIOS.	58
3.2.3.	COMPETENCIAS EN SALUD POR PARTE DE LOS DISTRITOS.	59
3.2.4.	CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD –CNSSS.	
	NATURALEZA Y FUNCIONES	61
<b>4.</b>	<b>EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS EN AMÉRICA</b>	<b>64</b>
<b>4.1.</b>	<b>REFORMAS CON MONOPOLIO O PREDOMINIO DEL SECTOR PÚBLICO</b>	<b>65</b>
<b>4.2.</b>	<b>REFORMAS CON SELECTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DEL SECTOR PRIVADO</b>	<b>66</b>
<b>4.3.</b>	<b>CONTEXTO DEMOGRÁFICO: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA</b>	<b>69</b>
<b>4.4.</b>	<b>CONTEXTO SOCIAL: CRISIS SOCIAL</b>	<b>69</b>
<b>4.5.</b>	<b>CONTEXTO ECONÓMICO: CRECIMIENTO MACRO CON AUMENTO DE LA INEQUIDAD</b>	<b>69</b>
<b>4.6.</b>	<b>CONTEXTO POLÍTICO</b>	<b>69</b>
<b>4.7.</b>	<b>CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO: TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA</b>	<b>71</b>
<b>4.8.</b>	<b>LO QUE APREDEMOS DE LAS REFORMAS EN LATINO AMÉRICA</b>	<b>71</b>
4.8.1.	PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS	72
4.8.2.	TRANSFORMACIONES NECESARIAS	72
4.8.3.	LECCIONES APRENDIDAS	73
<b>5.</b>	<b>LOS PROYECTOS DE LEY</b>	<b>75</b>
<b>5.1.</b>	<b>EL PROYECTO DEL GOBIERNO NACIONAL (052)</b>	<b>75</b>
5.1.1.	PRINCIPIOS ORIENTADORES	75
5.1.2.	COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO	76
5.1.3.	FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN DE LOS RECURSOS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	78
5.1.4.	SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DE ENTIDADES ASEGURADORAS EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO	79
5.1.5.	SALUD PÚBLICA	79
5.1.6.	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	81
5.1.7.	PROPÓSITO DEL PROYECTO	82
5.1.8.	AMPLIACIÓN DE COBERTURA Y LA BÚSQUEDA DE LA UNIVERSALIZACIÓN	83
5.1.9.	ESTRATEGIAS DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	86
5.1.10.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	87
5.1.11.	SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DE LAS IPS PUBLICAS	88
<b>5.2.</b>	<b>EL PROYECTO DEL POLO DEMOCRÁTICO (098)</b>	<b>88</b>
5.2.1.	RECTORÍA NACIONAL Y TERRITORIAL DEL SISTEMA	89
5.2.2.	UNIVERSALIZACIÓN DEL ACCESO A LA SALUD	90

5.2.3.	RECUPERACIÓN DE PROGRAMAS VERTICALES DE SALUD PÚBLICA	90
5.2.4.	UN NUEVO MODELO DE FINANCIAMIENTO QUE COMPLEMENTA IMPUESTOS CON ASEGURAMIENTO	91
5.2.5.	UNA FORMA DE ADMINISTRACIÓN DESCENTRALIZADA	92
5.2.6.	VIGILANCIA Y CONTROL DESCENTRALIZADO Y CON LA GENTE	92
5.2.7.	ARTICULACIÓN CON POLÍTICA DE TALENTO HUMANO Y DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA EN SALUD	93
5.2.8.	UN SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN EN SALUD	93
<b>5.3.</b>	<b>EL PROYECTO 031 DE LA SUBCOMISIÓN ACCIDENTAL DEL CONGRESO</b>	<b>93</b>
<b>5.4.</b>	<b>PROYECTO DE LEY 019</b>	<b>96</b>
5.4.1.	SALUD PÚBLICA	97
5.4.2.	UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA	97
5.4.3.	METAS DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	98
5.4.4.	METAS DE AFILIACIÓN DEL RÉGIMEN SOLIDARIO Y TRANSITORIO	99
5.4.5.	PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	99
5.4.6.	ALTO COSTO	100
5.4.7.	VIGILANCIA Y CONTROL	101
5.4.8.	FINANCIACIÓN RÉGIMEN SOLIDARIO	101
5.4.9.	METAS DE COBERTURA ESPERADAS	101
5.4.10.	OPERACIÓN MODELO DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA	102
5.4.11.	SISTEMA DE INFORMACIÓN	102
<b>6.</b>	<b>HACIA DÓNDE HAY QUE APUNTAR (EL DEBER SER)</b>	<b>103</b>
<b>6.1.</b>	<b>PLANTEAMIENTOS DE LAS MESAS DE TRABAJO</b>	<b>103</b>
6.1.1.	MESA DE TRABAJO N° 1. VIABILIDAD JURÍDICA, MODULACIÓN, REGULACIÓN, INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA	103
6.1.2.	MESA DE TRABAJO N° 2. FINANCIACIÓN	104
6.1.3.	MESA DE TRABAJO N° 3. SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	104
6.1.4.	MESA DE TRABAJO N° 4. CALIDAD	104
6.1.5.	MESA DE TRABAJO N° 5. ASEGURAMIENTO	105
6.1.6.	MESA DE TRABAJO N° 6. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y RECURSO HUMANO EN SALUD	105
6.1.7.	MESA DE TRABAJO N° 7. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD	106
6.1.8.	MESA DE TRABAJO N° 8. PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA EN SALUD	106
<b>6.2.</b>	<b>RECOMENDACIONES PARA ORIENTAR LA ACUMULACIÓN DE PROYECTOS DE LEY 107</b>	
6.2.1.	VIABILIDAD JURÍDICA, MODULACIÓN, REGULACIÓN, IVC DEL SISTEMA	107
6.2.2.	FINANCIACIÓN	109
6.2.3.	SALUD PÚBLICA, PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	110
6.2.4.	CALIDAD EN LA ATENCIÓN	111
6.2.5.	ASEGURAMIENTO	112
6.2.6.	PROVISIÓN DE SERVICIOS Y RECURSO HUMANO EN SALUD	114
6.2.7.	SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD	115
6.2.8.	PARTICIPACIÓN SOCIAL Y COMUNITARIA EN SALUD	115

<b>6.3. CONCLUSIONES</b>	<b>115</b>
6.3.1. PORQUÉ SE IMPLEMENTÓ LA LEY 100 DE 1993	115
6.3.2. LO QUE HA LOGRADO LA LEY 100 DE 1993	116
6.3.3. LOS PROBLEMAS QUE LA LEY 100 DE 1993 NO HA SOLUCIONADO	116
6.3.4. LO QUE DEBERÍA LOGRAR LA REFORMA	117

### **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Aseguramiento en el sistema general de seguridad social en salud .....	26
Tabla 2 Salarios en el sector salud a precios de 2001 .....	29
Tabla 3 . Estimaciones de población elegible para subsidios .....	83
Tabla 4. Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado .....	84
Tabla 5. Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta.....	85
Tabla 6. Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población SISBEN 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo .....	86
Tabla 7. Total ingresos red pública bajo escenario de universalización. ....	88
Tabla 8 Proyecciones de afiliación en Régimen Contributivo (Proyecto de ley 019) .....	99
Tabla 9 Metas de afiliación del Régimen Solidario (Proyecto de Ley 019).....	99
Tabla 10 Propuesta de financiación del Régimen Solidario (Proyecto de Ley 019) .....	101
Tabla 11 Metas de cobertura esperadas (Proyecto de Ley 019).....	102
Tabla 12 Costo del programa de atención familiar (Proyecto de Ley 019).....	102
Índice de Ilustraciones	
Ilustración 1 Gastos de administración de los aseguradores del sistema .....	27
Ilustración 2 Evolución del gasto en salud expresado en % del PIB .....	28
Ilustración 3 Flujo de recursos en el Sistema de Salud.....	28
Ilustración 4 Propuesta de modelo de integración de redes hospitalarias .....	100

## PRESENTACIÓN

Las democracias se cimientan sobre dos grandes columnas: la libertad y la igualdad. Sobre estos derechos fundamentales se erigen los demás derechos, incluso los llamados “prestacionales” o derechos económicos, sociales y culturales, que les son propios al Estado Social del Derecho. Hoy estamos aquí precisamente por dos de ellos: la salud y la seguridad social.

Si bien es cierto que el Sistema General de Seguridad Social en Salud planteado por la Ley 100 de 1993 ha tenido muchas bondades, como el incremento progresivo de los recursos para la salud y el consecuente aumento de la cobertura en aseguramiento, son precisamente esas dos ventajas las que nos llevan a plantearnos hoy un ajuste a la reforma.

Si el estado invierte hoy unos 9,3% del producto interno bruto en salud, lo cual asciende a una cifra cercana a los 18 billones de pesos; y si la cobertura de aseguramiento alcanza tan sólo 66%, nos asalta la inquietud de ¿por qué no se ha alcanzado la tan anhelada universalidad que ordena nuestra Constitución Política? De los 45,5 millones de colombianos hoy, diez años después de implementada la reforma, existen unos 15 millones en el Régimen Contributivo de Salud, unos 2 millones en los regímenes exceptuados de la Ley 100 y unos 13 millones de pobres asegurados en el Régimen Subsidiado de Salud.

Las cuentas son claras. Si repartimos todo el dinero que se invierte en salud, Colombia tendría para asegurar a la totalidad de sus habitantes con un gasto per cápita de \$395.000, lo cual supera la unidad de capitación del Régimen Contributivo. Sin embargo, aún persisten 15,5 millones de colombianos sin un seguro de salud.

¿Cómo hacer entonces más eficiente nuestro modelo de salud?, ¿cómo evitar la evasión y elusión que niega la oportunidad a unos 500.000 pobres de ingresar al Régimen Subsidiado de Salud?, ¿cómo mejorar nuestro sistema de información que permite la dilapidación de más de un billón de pesos por sus deficiencias para detectar duplicidades, fraudes y evasiones?, ¿cómo mejorar el flujo de los recursos?, ¿cómo mejorar las condiciones laborales de los profesionales de la salud que sostienen el sistema? y más importante aún ¿cómo redireccionar el sistema de aseguramiento articulándolo a las funciones esenciales de salud pública con las que se comprometió nuestro país ante el seno de la Organización Panamericana de la Salud?

Estas y otras inquietudes asaltaron la mente de nuestros docentes y estudiantes, así que nos dimos a la tarea de iniciar una serie de foros y debates, con el acompañamiento de expertos en la materia, para investigar si los 11 o 12 proyectos de ley que pretenden reformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud apuntaban hacia el deber ser de los sistemas de salud según lo plantean organismos internacionales como la OMS, OPS, Banco Mundial, BID, CEPAL, etc.

Después de los foros y debates se organizaron ocho mesas de trabajo, en las que se debatieron los siguientes aspectos de la reforma:

- Regulación e Inspección, vigilancia y control del sistema
- Aseguramiento en del sistema
- Provisión de servicios y Recurso Humano
- Promoción, prevención y salud pública
- Financiación del sistema
- Sistema de información
- Participación social en salud
- Calidad en la atención en salud

Los hilos conductores de las discusiones fueron los tres principios constitucionales ordenados para el Sistema General de Seguridad Social en Salud: Universalidad, Eficiencia y Solidaridad. Siempre teniendo en mente la pregunta: ¿cómo reducir la brecha de inequidad en salud en Colombia?

*Por qué reformar la reforma*, es el resultado del trabajo en el que concurrieron el cuerpo docente y docente de nuestra alma máter para elaborar un documento que recogiera lo mejor de cada proyecto de ley y las recomendaciones de organismos internacionales a partir del análisis comparativo con otros modelos de salud de Latinoamérica.

Esperamos que el presente libro se convierta en una valiosa herramienta que aporte elementos tecnocráticos a los Honorables Senadores de la República en sus discusiones y debates al seno de la comisión séptima para que todos los colombianos disfruten de su derecho a la salud con libertad, equidad y calidad en la atención.

## 1. MARCO HISTÓRICO DE LA REFORMA <sup>1</sup>

### 1.1. ANTES DE LA LEY 100 DE 1993

La constitución que servía de marco al anterior Sistema Nacional de Salud, no describía al estado colombiano como uno social de derecho. La constitución de 1886 definía el estado colombiano como “estado de derecho”

La Constitución Política de 1991 introduce una palabra a la descripción inicial del Estado: Colombia es ahora un “estado social de derecho”<sup>2</sup>.

La inclusión de la palabra “social” tiene profundas implicaciones en la manera de concebir el Estado sus responsabilidades para con los habitantes del territorio nacional, pues los servicios de salud, que antes se prestaba a los colombianos bajo un esquema de beneficencia pública, se convierte ahora en un derecho de las personas.

Aunque en la actual constitución no se establece el derecho a la salud como un derecho fundamental, pues este aparece en el capítulo de derechos prestacionales, a saber: derechos sociales, económicos y culturales<sup>3</sup>; existe en la actualidad abundante jurisprudencia de la Corte Constitucional <sup>4</sup> que vincula el derecho a la salud con derechos fundamentales como el derecho a la vida, a la dignidad, al trabajo, etc.

---

<sup>1</sup> No quiero con esto ser simplista en el análisis de la profunda crisis hospitalaria que vive el país, ni mucho menos; pues reconozco que este fenómeno es mucho más complejo y evidentemente comprende otras variables. Sólo se trata de hacer un recuento histórico del contexto que motivó la reforma al sistema nacional de salud que inició en la década de los setenta.

<sup>2</sup> Constitución Política Artículo 1: Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.

<sup>3</sup> Véase Constitución Política capítulo 2

<sup>4</sup> DERECHO A LA SALUD-Fundamental por conexidad con la vida Sentencias de la Corte Constitucional: T-409/95, T-556/95, T-281/96, T-312/96, T-165/97, SU.039/98, T-208/98, T-260/98, T-304/98, T-395/98, T-451/98, T-453/98, T-489/98, T-547/98, T-645/98, T-732/98, T-756/98, T-757/98, T-762/98, T-027/99, T-046/99, T-076/99, T-102/98, T-304/98, T-099/99. Derecho a la salud - Fundamental respecto de menores y por conexidad Sentencia T-560/98

Es así como la salud dejó de ser un favor que el Estado hacía a la población sin capacidad de pago, para convertirse dentro del estado social de derecho, en un derecho exigible y defendible que en ocasiones se ligaba a otros de mayor jerarquía. Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el Estado, quien ahora deberá garantizar el acceso a las atenciones en salud a través del diseño de un Sistema de Salud que organizara las instituciones, sean públicas o privadas, los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permitiera a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento, a saber: sistema de seguridad social en salud.<sup>5</sup>

Con ese marco constitucional como telón de fondo, se hacía necesario iniciar una transformación del modelo de salud que para esa fecha era un modelo de carácter principalmente nacional con predominio de lo público.

Desde el ministerio de salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (Hospitales Universitarios) y los de segundo nivel de atención (Hospitales Regionales), los que a su vez controlaban los de Hospitales Locales, Centros de Salud y Puestos de Salud.

---

<sup>5</sup> Constitución Política artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley...

ARTICULO 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

Se trataba principalmente un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrara el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tal multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte.

Las direcciones seccionales de salud eran responsables de: dirigir el sistema territorial de salud, adaptando los lineamientos del orden nacional a la realidad política y epidemiológica de la región, prestar los servicios de salud a través de una red de instituciones de carácter público, ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental y vigilar y controlar la ejecución de los recursos transferidos a los hospitales públicos.

A su vez, la red hospitalaria pública tenía dos razones para hacerse cada vez menos eficiente: primero, las cada vez más onerosas convenciones colectivas hacían que la carga prestacional se incrementara hasta alcanzar niveles insostenibles<sup>6</sup>; y segundo, los nombramientos de trabajadores supernumerarios o nóminas paralelas (para saciar los apetitos políticos de las clases dirigentes que para ese entonces dominaban los Servicios Seccionales de Salud) dieron al traste con los ya desvencijados hospitales que no podían sostener siquiera la nómina y gastos generales que estaban presupuestados, mucho menos los no presupuestados.

A toda esta lamentable condición del sistema, se le añaden otras deficiencias como la falta de cobertura familiar y la aplicación de preexistencias en las entidades de previsión social y el Instituto de Seguro Social.

### ***1.1.1. Un intento fallido antes de la Ley 100.***

En vista de las condiciones reinantes en las direcciones seccionales de salud, se hacía evidente que el modelo propiciaba la corrupción, pues estas no podían al mismo tiempo dirigir, ejecutar recursos financieros y

---

<sup>6</sup> Para el año 1998 el Ministerio de Salud publicó una investigación sobre el Recurso Humano en Salud para Colombia que reveló que los trabajadores de Hospitales Públicos en Colombia percibía su salario unas 27,9 veces al año, mientras que los de las IPS privadas tan solo unas 18 veces.

ejercer acciones de auto vigilancia y autocontrol, ya que esta mezcla de funciones incompatibles eran un caldo de cultivo para la desviación de recursos del erario público hacia los bolsillos particulares.

El decenio de los setenta fue el período floreciente del Sistema Nacional de Salud durante la cual se construyeron grandes hospitales públicos, a través del Fondo Nacional Hospitalario, casi siempre ligados a prestigiosas facultades de medicina, con excelente dotación tecnológica y gran capacidad de resolución de problemas de salud.

El decenio de los ochenta fue la que cumplió el tiempo requerido para que el sistema público centralizado evidenciara sus debilidades. A finales de los ochenta se empieza a ver la necesidad de desarticular las funciones de salud que ejercían los Servicios Seccionales; los municipios reclamaban a grito una descentralización.

Para 1990 el Congreso de la República expide la Ley 10 que organiza la prestación del servicio de salud en tres niveles de atención. Los municipios podrían acceder a los recursos del situado fiscal de salud para las atenciones de menor complejidad, siempre y cuando demostraran capacidad de gestión para asumir la competencia.

El decreto 1770 de 1990 reglamentó la materia. Lo municipios debían crear direcciones locales de salud <sup>7</sup>, un fondo local de salud, diseñar un sistema de información en salud que les permitiera mantener un diagnóstico actualizado de las condiciones de salud de la población y la elaboración de un Plan Local de Salud que permitiera controlar a través de indicadores la ejecución de los recursos de salud. La dirección local de salud debía contar con una estructura organizacional y un manual de funciones e implementar la carrera administrativa para sus funcionarios.

A los municipios que fueron asumiendo la competencia se les transfería la IPS pública de baja complejidad <sup>8</sup>, la dotación tecnológica y el recurso humano, y obviamente el premio: el situado fiscal de nivel 1.

Pero un pequeño detalle dio al traste con tan bienintencionado plan. ¿A qué entidad le correspondería el papel de evaluar si los municipios cumplían o no con los requisitos y expedir el certificado de cumplimiento? Nada menos que a las Direcciones Seccionales de Salud.

---

<sup>7</sup> Secretarías de salud, departamentos administrativos de salud o institutos descentralizados, según la conveniencia de cada entidad territorial.

<sup>8</sup> Hospital Local, Centro de Salud Familiar con camas, Centro de Salud sin camas y Puesto de Salud Comunitaria.

Dado que la descentralización de los municipios representaba la pérdida de poder como ordenador del gasto y nominador, pues implicaba girar los recursos del situado fiscal al Fondo Local de Salud y transferir el personal de las instituciones prestadoras de primer nivel; sólo se descentralizaban aquellos municipios cuyos alcaldes eran de los afectos del gobernador o director seccional de salud de turno. La evidencia de tal afirmación está en que a la fecha, catorce años después de expedida la ley 10 de 1994, de los 1098 municipios de Colombia existen 637 sin descentralizar, lo que equivale al 58% <sup>9</sup>.

### **1.1.2. El advenimiento de la Ley 100 de 1993.**

La Ley 100 de 1993 aparece como una respuesta a los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, los cuales obligaban a una reforma con las siguientes características:

- La atención en salud y el saneamiento ambiental concebidos como servicios público y por lo tanto un deber del Estado.
- La Seguridad Social como servicio público y como mecanismo para garantizar el acceso al servicio de salud. <sup>10</sup>
- La Seguridad Social como derecho irrenunciable
- La eficiencia, la universalidad y la solidaridad, como principios rectores del sistema.
- La participación de los particulares en la gestión de los servicios. <sup>11</sup>
- La ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social. <sup>12</sup>
- La garantía a todas las personas del acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

---

<sup>9</sup> Ver Documento CONPES Social 077 de 2004

<sup>10</sup> El Artículo 48 de la Constitución Política obliga al Estado a implementar el aseguramiento como estrategia para incrementar la cobertura del servicio de salud. Si bien pudo haberse optado por un modelo integrado de carácter público, las megatendencias en Latinoamérica apuntaban a un modelo Bismarkiano de aseguramiento público y privado.

<sup>11</sup> No necesariamente esboza un principio neoliberal sino un reconocimiento de la incapacidad del Estado para garantizar la provisión directa de los servicios y enfatiza más bien la responsabilidad de ser garante de la prestación del servicio y no un prestador directo.

<sup>12</sup> Es una muestra de prudencia del constituyente al comprender que la aplicación de un nuevo modelo conlleva necesariamente la idea de un régimen de transición que evite la desestabilización de las finanzas del Estado.

---

- El deber del Estado de regular el sistema (establecer políticas, organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental y ejercer vigilancia y control)
- La organización descentralizada del sistema, definiendo competencias a la nación, las entidades territoriales y los particulares a los que se le delegue la prestación del servicio público, por niveles de atención y con participación de la comunidad.
- La obligatoriedad y gratuidad de las atenciones básicas mínimas en salud y saneamiento ambiental.<sup>13</sup>

Es así como la Ley 100 crea el régimen contributivo para garantizar el aseguramiento de la población con capacidad de pago, un régimen subsidiado para los pobres y un régimen de transición para los pobres que no accedan al subsidio de salud en el ínterin.

Además, se diseñó un plan de beneficios básico (Plan de Atención Básica - PAB) que cubre a todos los habitantes del territorio nacional de manera gratuita, y abarca acciones de saneamiento ambiental, de promoción de la salud, de prevención de enfermedades y control de riesgos epidemiológicos, de vigilancia epidemiológica y atención de enfermedades de interés en salud pública. Este plan se financia exclusivamente con recursos de carácter fiscal y se ejecuta en el ámbito territorial a través de competencias establecidas para los departamentos, distritos y municipios.

Para la población con capacidad de pago, afiliada al Régimen Contributivo de Salud, existen los llamados Planes Adicionales de Salud (PAS)<sup>14</sup> a los que se les aplica preexistencias, no tienen cobertura familiar y no tienen predefinidos un contenido de atenciones en salud, pues para cada uno se requiere una autorización expresa de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud definido por la Ley 100 de 1993, prevalecen algunos regímenes exceptuados o especiales, como son: el régimen de seguridad social de ECOPETROL, Magisterio, Ferrovías, Fuerzas Armadas, Policía Nacional, Banco de la República, entre otros.

---

<sup>13</sup> De allí se deriva lo que más tarde vino a conocerse como Plan de Atención Básica (PAB)

<sup>14</sup> Véase el Decreto 806 de 1998 en el que se describen tres tipos: Planes Complementarios de Salud (PACS), Planes de Medicina Prepagada (PMP) y seguros privados de salud.

### ***1.1.3. Los principios de la reforma***

La carta magna erige tres principios para el funcionamiento del sistema de salud: eficiencia, universalidad y solidaridad; los cuales son casi ineludibles para tan ambiciosa reforma. Vemos por qué.

#### **La eficiencia**

La salud es un bien meritorio por su íntima relación con el bienestar y la dignidad humana. Todas las personas tienen el derecho irrenunciable a disfrutar de una buena medida de salud, por el simple hecho de haber nacido. No obstante, la realidad es que “la vida misma es una enfermedad incurable que nos conduce irremediablemente a la muerte y se transmite sexualmente.”

El estado de salud, o de insalubridad, es una consecuencia de múltiples variables biológicas, sociales, culturales, económicas y depende muchas veces de la infraestructura sanitaria que el Estado haga disponible, pero en la mayoría de veces depende de variables incontrolables para el Estado.

Todo este preámbulo nos lleva a una inevitable conclusión: la salud plantea necesidades potencialmente infinitas y los recursos del Estado son irremediablemente finitos.

Ante esta cruda realidad, la implementación de un sistema de salud, concebido como un conjunto de instituciones, recursos y reglamentos dispuestos de manera organizada para garantizar el acceso a los servicios de salud, nos plantea la ineludible cuestión ¿hasta dónde llega la responsabilidad del Estado de garantizar la atención en salud? Esta pregunta tiene profundas implicaciones de carácter ético, pues implica la definición de límites a la atención en salud debido a los escasos o relativamente abundantes (pero al final, finitos) recursos de que se disponen para el sistema.

De manera inevitable, esta reflexión nos conduce al principio de eficiencia; entendido como el indicador que combina los recursos invertidos con los resultados obtenidos. El Estado deberá priorizar la inversión en salud en aquellas atenciones de alta externalidad positiva, es decir, en las que conlleven a una mejor relación costo beneficio. He aquí la razón de por qué tuvieron los economistas que meter sus narices en el diseño del sistema.

Por ejemplo, todo el dinero que el Estado invierta en vacunación reportará un gran beneficio para la salud, no sólo del individuo que se inmuniza, sino de toda la población que lo rodea, pues se impide la propagación de enfermedades hacia ésta. El beneficio se irradia hacia

fuera (externalidad positiva). En cambio, las denominadas enfermedades ruinosas o catastróficas son las de peor relación costo beneficio. El dinero que el Estado invierta en la atención de la insuficiencia renal crónica, por ejemplo, reportará muy poco beneficio al mismo paciente (que al final morirá por esa enfermedad y su calidad de vida será siempre mala) y ningún beneficio a la población que lo rodea, pues no se trata de una enfermedad contagiosa. Por el contrario, el paciente con una enfermedad de alto costo se consume sus propios recursos y los de los demás afiliados, irradiando un perjuicio a su derredor (externalidad negativa).

En conclusión, el Estado deberá procurar la focalización de los recursos en aquella población y en aquellas atenciones que generen el mayor beneficio para la salud pública, y en vista de que los recursos son limitados, deberá poner límites a los planes de beneficios o paquetes de atenciones.

Para garantizar la eficiencia el Estado deberá afinar las herramientas de focalización de recursos y los instrumentos de asignación de subsidios hacia la población más desprotegida y con mayor carga de enfermedad. Además deberá velar porque las atenciones incluidas en el plan de beneficios sean las de mayor impacto epidemiológico.

### **La universalidad**

Este principio está íntimamente ligado a otros de mayor jerarquía: la libertad y la igualdad.<sup>15</sup>

La universalidad supone la garantía de acceso a un paquete básico de atención en salud a la totalidad de los habitantes del territorio nacional. Esta aparentemente ambiciosa meta no presupone un imposible para el Estado, pues el artículo 13 de la constitución en su inciso final aclara la necesidad de priorizar el esfuerzo hacia la población vulnerable. Por lo tanto se presume que la población con capacidad de pago debe proveerse a si misma la atención de su salud.

---

<sup>15</sup> Constitución Política artículo 13: Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados.

El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Es deber del Estado por lo tanto garantizar el acceso a los servicios de salud a la población sin capacidad de pago, para lo cual se crea un sistema de subsidios a la población pobre.

Sin embargo, ante la evidente insuficiencia de recursos: ¿Debería incrementarse progresivamente la cobertura de aseguramiento proveyendo un paquete básico de atenciones en salud en la medida en que se prioriza la población? o ¿garantizamos la universalidad en el aseguramiento por medio de reducir el contenido del plan de atenciones y por ende su costo per cápita? Estos interrogantes los abordaremos más adelante cuando tratemos el asunto de la equidad.

### **La solidaridad**

Este principio también se fundamenta en las mismas razones sobre las que se cimienta el principio de eficiencia. En vista de la insuficiencia de recursos del Estado frente a semejante responsabilidad que le endilga el adjetivo “social de derecho”, se requiere echar mano de los recursos de los particulares. Es así como el principio de la solidaridad logra, dentro de un marco de justicia distributiva, que la población con capacidad de pago comparta con la que no posee capacidad de pago.

Este principio se cristaliza cuando de los doce puntos porcentuales de la cotización del Régimen Contributivo de Salud se destina un punto porcentual a cofinanciar los subsidios para la población pobre y vulnerable. Pero no sólo se evidencia en sentido financiero, pues la esencia misma del aseguramiento se manifiesta en la solidaridad entre sanos y enfermos.

Queda claro pues que dentro del esquema de seguridad social, sugerido por la Constitución Política, el Estado delega el riesgo de enfermar de la población al asegurador. Este riesgo se diluye con la teoría de los grandes números, cuando los enfermos hiperconsultantes se benefician de los recursos que no consumen lo sanos. Un Estado responsable debe entonces proteger al asegurador en quien delega el riesgo (Entidad Promotora de Salud) el cual se constituye en el eje del sistema de aseguramiento <sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> En gran medida, la protección del asegurador se garantiza mediante la definición del punto de equilibrio, es decir, el número de asegurados mínimo para evitar el riesgo financiero de tal manera por lo menos la EPS no asuma pérdidas. Las normas de habilitación para aseguradores deberán por tanto establecer un número mínimo de afiliados sobre el punto de equilibrio para que exista viabilidad financiera.

### **La equidad**

Ahora que hemos descrito los tres principios constitucionales previstos para el sistema de seguridad social podemos concluir que todos apuntan a un principio subyacente que le sirve de telón de fondo: la equidad. No se trata de la igualdad aritmética en la que  $a = b$ , sino la igualdad geométrica en la que  $a/x = b/x$ .

El principio de equidad de la reforma del sistema de salud debe apuntar a tres aspectos principales:

- Equidad en el acceso a los servicios de salud
- Equidad en la asignación de recursos
- Equidad en la calidad de la atención

Resulta inverosímil pretender una absoluta igualdad aritmética ( $a = b$ ) sobre todo en un sistema implementado en un país tan heterogéneo como el nuestro, en el que la diversidad que se observa no es sólo de índole cultural, sino también de los perfiles epidemiológicos y los niveles socioeconómicos e incluso en las mismas capacidades institucionales por parte del estado en las distintas regiones. Tal heterogeneidad conlleva la necesidad del diseño de una política razonable en la que el Estado deba velar por garantizar un mínimo de condiciones sanitarias a la población y por ende un contenido de atenciones en salud igual a todos, que no riña con la dignidad humana, sin importar su nivel de ingresos.

### **1.2. 10 AÑOS DE LA LEY 100 DE 1993**

Han transcurrido ya un poco más de diez años desde que se sancionó y promulgó la Ley 100 de 1993. Este tiempo ha sido suficiente para madurar el sistema y evidenciar aquellas instituciones en las que se requieren ajustes.

Lo que sí podemos afirmar sin temor a equivocarnos es que el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud ha planteado reformas profundas en el modelo de salud colombiano, mejorando la cobertura de aseguramiento en salud, los recursos disponibles para el sector y el acceso a los servicios en comparación con lo que se evidenciaba en el decenio de los ochenta.

#### ***1.2.1. De subsidiar la oferta a subsidiar la demanda***

Con la creación del Régimen Subsidiado de Salud se reorienta la política de asignación de recursos en el sistema de salud. El sistema nacional de salud preexistente dirigía los recursos a los hospitales

públicos (Oferta) como si se tratase de una forma prepagada de financiar la salud de los pobres. Los recursos se asignaban a través de una metodología de presupuesto histórico, es decir, el cálculo del valor a transferir a la institución dependía de cuánto había gastado el año anterior en recurso humano (personal de planta, personal supernumerario y prestaciones sociales), gastos generales, mantenimiento de infraestructura física e insumos hospitalarios.

Esta modalidad de asignación de recursos a hospitales públicos (subsidiar la oferta) incentivaba la ineficiencia pues en la medida en que los presupuestos hospitalarios crecían se incrementaba el presupuesto de la siguiente vigencia.

Evidentemente este incentivo perverso iba a degenerar en una burocratización insostenible que animaba la corrupción. Fue entonces cuando la Ley 60 de 1993 estableció criterios de asignación de recursos del situado fiscal a los hospitales públicos, los cuales fueron extrapolados a la asignación de recursos provenientes de las rentas cedidas a los departamentos.

Bajo al nueva modalidad ya no se hablaba de presupuestos históricos sino de presupuesto prospectivo y cae en desuso la modalidad de transferencia para aparecer en contrato interadministrativo entre las direcciones seccionales y locales de salud y los hospitales.

No obstante, esta nueva modalidad de contratación de servicios encontró un gran obstáculo para su implementación. Para poder calcular cuál era el valor del contrato de un hospital se requería: calcular la capacidad instalada, cantidad de servicios que el hospital puede ofrecer con su recurso humano, físico y tecnológico estaba en condiciones de ofrecer; comparar la oferta de servicios con la demanda potencial de servicios de salud según su perfil epidemiológico y los indicadores de frecuencia de uso de servicios; y costear los servicios requeridos para satisfacer la demanda potencial.

Como se puede observar, la metodología de asignación de subsidios a la oferta a través de cálculo de presupuestos prospectivos requería de al menos dos elementos de los que carecían la mayoría de direcciones territoriales de salud: información y personal altamente cualificado para la realización del cálculo.

Estas dificultades, aunadas a la evidente crisis hospitalaria dieron al traste con las intenciones de perpetuar el subsidio a la oferta y por lo tanto se requería un viraje de la política de asignación de recursos hacia

subsidiar la demanda, es decir, transferir los recursos hacia las personas que demandaban servicios.

Como no puede el Estado entregar el valor del subsidio a las personas pobres, se hacía innegablemente necesario la aparición de dos conceptos que van de la mano con la estrategia de subsidios a la demanda: a) la presencia de un administrador de recursos y b) el cálculo del valor del subsidio.

Con relación al administrador de los subsidios surgen las siguientes preguntas:

¿De que naturaleza jurídica debería ser el administrador?<sup>17</sup>

¿Debería el administrador ser simplemente un administrador o un asegurador del riesgo?

Estos interrogantes los abordaremos hacia la conclusión de este libro.

Con relación al cálculo del valor del subsidio se requería:

contar con un diagnóstico de carga de enfermedad de la población objeto de subsidios,

priorizar la atenciones de salud de mayor externalidad epidemiológico y con la mejor relación costo beneficio, y

calcular el costo de las atenciones que conforman el paquete básico de atenciones (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado)

De esta manera se estima el costo per cápita de la atención en salud del Régimen Subsidiado de Salud (Unidad de Pago por Capitación). Este cálculo ha tenido serios problemas: primero por no contarse con información completa y de buena calidad y segundo, por las limitaciones de tipo macroeconómico que impone el Ministerio de Hacienda.

Estas dos realidades han llevado al sistema a una situación en la que los técnicos opinan sobre el valor ideal, se define el valor en un escenario político y luego se legitima la decisión política en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

### ***1.2.2. De la justicia conmutativa a la justicia distributiva***

El modelo anterior estaba centrado en la relación médico paciente; se fundaba en el paradigma hipocrático de la justicia conmutativa. La relación médico paciente era impenetrable, innegociable, sagrada; no se admitía ningún intermediario.

---

<sup>17</sup> Pública, privada con ánimo de lucro, privada sin ánimo de lucro

Con la aplicación del principio de eficiencia, se requiere que los escasos recursos se utilicen de la mejor manera posible para que el beneficio alcance a la mayor cantidad de pobres existentes (justicia distributiva).

Este nuevo concepto polariza la discusión sobre el diseño de políticas de salud:

Por un lado el médico que se aferra, en su relación médico – paciente, a defender los intereses de su representado, buscando siempre el mayor bienestar sin importar la capacidad de pago. La salud es un bien meritorio y todo ser humano tiene derecho a vivir con dignidad cueste lo que cueste para el Estado.

Por otro lado el economista o formulador de políticas que pretende maximizar el beneficio de los escasos recursos, priorizando un paquete mínimo de atenciones de alta externalidad epidemiológica y mejor relación costo efectividad que garantice el acceso a una medida razonable de servicios de salud que permita un mínimo de salud con dignidad para la población.

El primero se enfoca en la persona enferma, el último en la población enferma. Esta polarización entre lo individual y lo colectivo, en el segundo escenario, se empeora cuando la relación de agencia que ejercía el médico se desplaza hacia un tercer pagador, que es el asegurador, el cual no sólo vela por la salud del paciente sino por que los recursos destinados a la atención de su afiliado sean suficientes para cubrir sus necesidades.

Para el médico, el economista formulador de políticas es un cruel e inhumano planificador que convierte los servicios de salud en una mercancía y al paciente en cliente o usuario del servicio, en una economía de mercado.

Para el economista, el médico es un malgastador que no tiene conciencia de las profundas implicaciones de tipo social ni entiende de políticas sociales y económicas ni del impacto a largo plazo que trae su actitud irresponsable frente a los escasos recursos del sistema.

El legislador, que media entre los dos polos, deberá procurar la conciliación de ambos puntos de vista, pues tanto el economista diseñador de políticas deberá entender que la salud no se comporta como el sector de la construcción u otro sector económico, como el médico deberá aceptar que el Estado tiene limitaciones de recursos y por lo tanto hay que priorizar las atenciones y poner límites a las mismas.

### ***1.2.3. Del modelo curativo al modelo preventivo***

Como lo expresé arriba, en el decenio de los setenta se construyeron, con recursos del Fondo Nacional Hospitalario, majestuosos e imponentes hospitales de tercer nivel en todo el país. Estos bien dotados hospitales, servían además de escenarios académicos para la formación del personal de la salud que egresó durante el decenio de los ochenta y principios de los 90.

Lamentablemente el médico formado en esos hospitales salía sabiendo más de Lupus Eritematoso Sistémico - L.E.S. - y de Púrpura Trombocitopénica Idiopática - P.T.I.- que de infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda, parasitosis intestinal o enfermedades tropicales.

La epidemiología, la administración de servicios de salud, la medicina familiar y la medicina preventiva eran concebidas materias de relleno por los estudiantes ávidos de conocimientos clínicos de enfermedades de tercer y cuarto niveles de complejidad.

Este lamentable enfoque de la formación del recurso humano en salud – o debería decir, deformación – nos condujo a un estado de práctica curativa de la medicina en la que se menospreciaba al especialista en salud pública y eran vistos como unos “habladores de paja”.

La Ley 100 de 1993 pretende reorientar la atención hacia un enfoque de la promoción de la salud, concebida como la educación en salud para generar hábitos de vida saludable y la cultura del autocuidado de la salud y la prevención de la enfermedad, concebida como el conjunto de acciones tendientes a controlar o atenuar los factores de riesgo condicionantes de la aparición de la enfermedad. Para nadie es un secreto que curar es más costoso que prevenir, o como se dice coloquialmente: más vale prevenir que curar.

### ***1.2.4. Del Estado prestador de servicios al garante***

El mandato constitucional es claro: es responsabilidad del Estado garantizar los servicios de salud. Si esta responsabilidad es asumida de manera directa, deberá hacer a través de instituciones descentralizadas ó con autonomía técnica, financiera y administrativa (Empresas Sociales del Estado) pero puede hacerlo a través de particulares.

Muchos persisten en creer que la razón del Estado es defender lo público y que por lo tanto los Hospitales Públicos deberían recibir más garantías que las privadas. Otros en cambio opinan que dar más garantías a las Empresas Sociales del Estado presupone una violación al principio constitucional de libre empresa.

¿Hasta qué grado debería la política sanitaria establecer garantías para los hospitales públicos?, ¿es cierto que los pobres asisten sólo a IPS públicas?, ¿es cierto que los hospitales públicos atienden gratis a los pobres?

El Estado debe *garantizar* la prestación del servicio. La norma no dice que deba “prestar el servicio”. No obstante, para las áreas rurales, de difícil acceso geográfico o aquellas cuyas condiciones de orden público no permite a los particulares establecer empresas prestadoras de servicios de salud el Estado debería asumir la prestar directamente la *prestación* del servicio y por lo tanto para estos casos se constituiría en un “bien público”.

### **1.2.5. Del gasto en salud bajo al incremento de recursos para la salud**

Antes de la Ley 100 de 1993 Colombia invertía en salud de 3 a 5% del PIB, en su mayoría recursos fiscales procedentes de rentas cedidas a los departamentos<sup>18</sup>, situado fiscal y participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación. Hoy la inversión en salud sobrepasa el 9% del PIB, de los cuales el 5,5% es gasto público y el resto son aportes privados y parafiscales.

## **2. PROBLEMAS QUE MOTIVAN LA REFORMA**

Son múltiples los problemas detectados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. A continuación enumeramos los más relevantes que motivan la reforma:

### **2.1. FOCALIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS**

Solicitud de encuestas SISBEN no atendidas

Selección de beneficiarios con criterios arbitrarios

No selección de beneficiarios por núcleos familiares completos

Violación de la libertad de escogencia de la ARS por el beneficiario

Muchos municipios no han implementado el SISBEN

---

<sup>18</sup> Impuestos de Licores, Cervezas y sifones, Loterías, Apuestas permanentes y Registro y Anotaciones. En la década del 60 se fue transfiriendo progresivamente el arbitrio rentístico de la nación hacia los departamentos.

Los que lo han implementado tienen grandes deficiencias en la actualización y politización del instrumento

Corrupción en la recolección de encuestas

## **2.2. AFILIACIÓN Y CARNETIZACIÓN DE BENEFICIARIOS**

Afiliación de personas no prioritarias

Múltiples afiliaciones

Afiliación con selección adversa

Tardanza entre afiliación y carnetización

Tardanza entre carnetización y atención al usuario

## **2.3. PRESTACIÓN DE SERVICIOS A LOS BENEFICIARIOS**

Deficiencias en la calidad del servicio

Deficiencias en la oportunidad del servicio

Incumplimiento del POS subsidiado

Cobros indebidos al usuario

Otras barreras al acceso a la prestación del servicio

## **2.4. PRESIONES INDEBIDAS A LOS AFILIADOS**

Engaño a los afiliados sobre la ARS a la que pertenecían

Engaño a los afiliados sobre la necesidad de mantener obligatoriamente la afiliación a una ARS determinada

Engaño a los afiliados sobre la necesidad de adscribirse a otra ARS

Engaño a los afiliados sobre beneficios adicionales al POS subsidiado, en el momento de la afiliación que no se reciben posteriormente

Compromisos políticos a cambio de la afiliación al sistema

Venta ilegal del carné

Según una investigación realizada por el Programa de apoyo a la Reforma del Ministerio de la Protección Social, la cuantificación de los problemas en todos los ámbitos mostró que el 54% de los problemas están relacionados con el acceso a los servicios.

## 2.5. LA DEBILIDAD DEL SISTEMA DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

Son Funciones Básicas de la Superintendencia Nacional de Salud la Vigilancia, la Inspección y el Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, las cuales ejerce en concurrencia con el Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Seccionales y Locales de Salud. Supuestamente todas estas instituciones deben integrar sus esfuerzos en la denominada Red de Controladores.

Para entender las deficiencias procederemos a definir los términos:

**Vigilancia.** Es el proceso de seguimiento y monitoreo del cumplimiento de la constitución y las leyes en las entidades de dirección, financiamiento, administración, aseguramiento y prestación de servicios del Sistema General de Seguridad Social. Se incluyen en esta función la autorización de funcionamiento de las entidades determinadas por el marco jurídico vigente.

**Inspección.** Es la facultad de auditoria que tiene especialmente la Superintendencia Nacional de Salud y que le permite visitar, investigar, explorar y verificar información sobre las estructuras, procesos y resultados en los entes vigilados del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las áreas de competencia señaladas para el ente de control.

**Control.** Consiste en la atribución de la autoridad para efecto de establecer los correctivos oportunos y necesarios para subsanar una conducta irregular de orden jurídico, contable, económico, administrativo y de calidad de cualquiera de los entes vigilados del Sistema General de Seguridad Social en Salud en las áreas de su competencia. El control además de correctivo debe ser de carácter preventivo y promocional e incluye la publicación periódica de los resultados del desempeño de las entidades vigiladas en aspectos de cobertura, calidad y eficiencia.

Para el adecuado desarrollo de estas funciones se requiere de una gran capacidad operativa. No que los funcionarios de la Superintendencia Nacional de Salud no cuenten con las aptitudes y destrezas para desarrollarlas, sino por la figura de adscripción al Ministerio de la Protección Social que le impide jurídicamente tener la autonomía propia para imponer de manera expedita las sanciones pertinentes, sobre todo cuando los problemas dependen del mismo Ministerio.

Además, es evidente que desde el centro del país, con la actual planta de personal con que cuenta la Superintendencia Nacional de Salud es imposible vigilar, controlar e inspeccionar a las 28 EPS, 46 ARS, 32 Direcciones Seccionales de Salud, 4 Direcciones Distritales, 1.098

Direcciones Locales, así como miles de empleadores, loterías, apuestas permanentes, etc.

Otra gran debilidad consiste en que el control se centra en los aspectos financieros del aseguramiento y no en los indicadores de acceso a los servicios e impacto epidemiológico sobre la población afiliada

## 2.6. LA FALTA DE UNIVERSALIDAD

Aunque los resultados obtenidos a la fecha en materia de cobertura de aseguramiento son aparentemente loables, las cifras de la población no asegurada, diez años después de implementada la reforma, son supremamente alarmantes, sobre todo en vista de los recursos invertidos.

Como podemos notar en la siguiente tabla, persisten en Colombia más de 16 millones de personas no aseguradas, cuando la meta de cobertura universal planteada originalmente estaba para el año 2001.

**Tabla 1 Aseguramiento en el sistema general de seguridad social en salud<sup>19</sup>**

Afiliados al Régimen Contributivo de Salud	14.000.000
Afiliados al Régimen Subsidiado de Salud	13.000.000
Afiliados a Regímenes Especiales <sup>20</sup> exceptuados de la Ley 100	2.000.000
Población no afiliada	16.500.000
<b>TOTAL POBLACIÓN DE COLOMBIA 2004</b>	<b>45.500.000</b>

### CÓMO SE DISTRIBUYEN LOS 16,5 MILLONES DE NO AFILIADOS

Pobres no asegurados (deben ingresar al Régimen Subsidiado)	8.000.000
Personas con capacidad parcial de pago <sup>21</sup> (ameritan subsidios parciales)	5.000.000
Personas con capacidad de pago no afiliada al contributivo	3.500.000

## 2.7. LA FALTA DE EFICIENCIA

Es natural que los aseguradores del riesgo en salud gasten parte de la Unidad de Pago por Capitación en el proceso de aseguramiento, el cual incluye: afiliar y carnetizar la población, administrar la base de datos, diagnosticar las condiciones de salud de los afiliados, contratar una red prestadora de servicios, coordinar el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes, implementar un sistema de auditoría de la calidad de atención y un sistema de información y atención al usuario. No

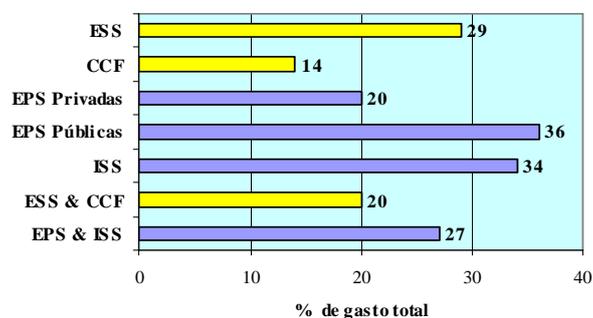
<sup>19</sup> Se han redondeado las cifras para efectos didácticos

<sup>20</sup> Magisterio, ECOPELROL, Banco de la República, Ferrovías, Policía Nacional y Fuerzas Armadas

<sup>21</sup> Esta es la denominada población "sándwich" de la economía informal

obstante, podemos decir que los gastos de funcionamiento que sobrepasen el 10% del valor de la UPC son una manifestación de ineficiencia y desvío de los recursos, que en su mayoría deberían dirigirse a las atenciones en salud de la población afiliada.

### Ilustración 1 Gastos de administración de los aseguradores del sistema



De este gráfico elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud a 31 de diciembre de 2001, a partir de los informes de la circular externa 137 de 2002 entregados por las EPS y ARS, se deduce que existe una gran ineficiencia del sistema, sobre todo en el Régimen Contributivo de Salud, el cual administra unos 5,25 billones de recursos de UPC y destina 1,2 billones a gastos de administración. Gran parte de estos recursos, entre un 4 y 6% se destinan a acciones de mercadeo para captación de afiliados.

El Régimen Subsidiado de Salud ejecuta unos 2,6 billones de los cuales debería destinar a gastos de funcionamiento un 8%, es decir unos 200 mil millones de pesos. No obstante consume unos 400 mil millones, es decir un 100% más. Todo esto con la complicidad de la Superintendencia Nacional de Salud.

Por otro lado, existe una dualidad en el manejo del sistema, pues mientras a las ARS se les exige un gasto mínimo en salud de 92%, a las EPS no se les exige tal gasto mínimo. Esta inequidad de la política pública ha permitido que las EPS manejen los recursos como aseguradores<sup>22</sup> mientras que las ARS son “Administradoras”<sup>23</sup> de subsidios

<sup>22</sup> El excedente que se obtiene de un buen gerenciamiento del riesgo es totalmente del Asegurador.

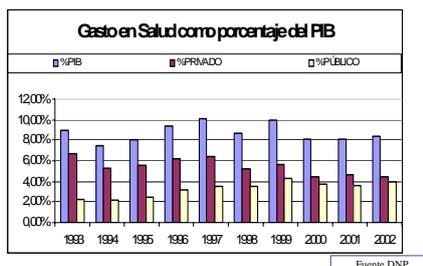
## 2.8. LA EVASIÓN Y ELUSIÓN

La Encuesta Nacional de Hogares 2000 estima la evasión y elusión al Sistema General de Seguridad Social en Salud en un 36%, lo que equivale a unos 1,5 billones de pesos. Se estima que existen 3,5 millones de personas con capacidad de pago que aún está por fuera del Régimen Contributivo de Salud.

## 2.9. EL PROBLEMA ECONÓMICO

¿Puede el país sostener un incremento en el gasto público en salud con la tendencia que vemos en la gráfica? El actual gasto público en salud (5.5% del PIB) supera en 2 puntos el déficit fiscal de la nación.

### Ilustración 2 Evolución del gasto en salud expresado en % del PIB



## 2.10. EL PROBLEMA DE FLUJO DE RECURSOS

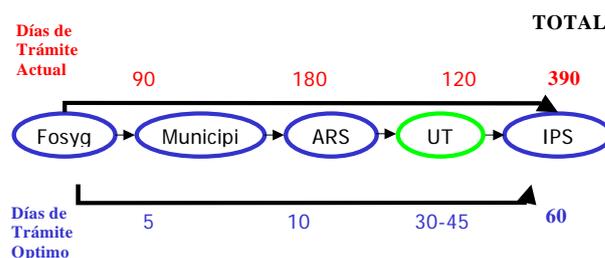
Existen retrasos en el giro de los recursos del FOSYGA que gira los recursos a las ARS cada 120 días. Los municipios y distritos reciben los recursos del Sistema General de participaciones mensualmente, pero giran a las ARS cada 90 días. Los recursos de esfuerzo propio se giran cada 120 días en promedio y como consecuencia, las IPS reciben en promedio los recursos cada 120 días.

El problema se ve agravado cuando aparecen nuevos intermediarios con la complicidad o con intención de los aseguradores, como se aprecia en la siguiente gráfica.

### Ilustración 3 Flujo de recursos en el Sistema de Salud

<sup>23</sup> La administración delegada de recursos implica un tope máximo de gastos de funcionamiento. Los recursos que la ARS no ejecute del 92% de gasto mínimo en salud deben provisionarse para la próxima vigencia.

### Flujo de Recursos



Fuente: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC. “Programa de Seguimiento de Cartera”. Estudios Técnicos. Área de Investigación y Planeación. Abril de 2003. p 4. Septiembre 30 de 2002

La aparición de las Uniones Temporales de prestadores puede extender la espera del real prestador hasta más de un año. La consecuencia se refleja en una cartera con las IPS que supera los 800 mil millones de pesos.

#### 2.11. EL PROBLEMA SALARIAL

A su vez, esta crisis financiera que afrontan las IPS se refleja en la reducción de los salarios percibidos por las profesiones y ocupaciones del sector salud, disminución mas marcada en las instituciones privadas, donde la flexibilidad laboral, permite con mayor facilidad el explorar modalidades de contratación perversas para el personal, como el no reconocimiento de prestaciones y la tercerización de su contratación, en el cuadro anexo se hace un comparativo por cargos, de las diferencias de ingresos en los dos sectores y el promedio salarial correspondiente.

**Tabla 2 Salarios en el sector salud a precios de 2001**

CARGO	INSTITUCION	INSTITUCION	PROMEDIO SALARIAL
	PUBLICA	PRIVADA	
Administrador profesional	1.570.016	1.498.501	1.534.259
Auxiliar Administrativo	530.439	491.895	511.167

Auxiliar de Enfermería	606.555	506.535	556.545
Auxiliar Odontología	572.234	496.778	434.506
Auxiliar Laboratorio Clínico	522.576	310.647	416.611
Bacteriólogo	1.224.688	753.933	989.311
Enfermera	1.155.981	944.186	1.050.083
Medico Cirujano	1.654.679	1.643.708	1.649.194
Nutricionista	1.023.180	837.040	930.110
Odontólogo	1.394.151	1.196.304	1.295.227
Fonoaudiologa	848.918	1.645.461	1.245.690
Terapista Física	864.203	871.000	867.601
Terapista Ocupacional	1.030.832	792.567	911.700
Terapista Respiratoria	814.095	805.997	810.046
Promotor de Salud	474.169	488.634	481.402
TOTAL	952.448	885.546	912.230

Fuente: Ministerio de Salud. Los recursos humanos de la salud en Colombia. Balance, Competencias y Prospectiva. Septiembre 2001

Las cifras lo dicen todo. Una frase muy difundida entre los médicos es: “un peluquero gana más que nosotros”

### 2.12. EL PROBLEMA DE INEQUIDAD

Existe inequidad en la distribución per cápita de los recursos. Mientras que un afiliado del Régimen Contributivo de Salud cuenta con \$344.500 anuales, en el Régimen Subsidiado de Salud cuentan con \$192,344 y los pobres no asegurados cuentan con recursos que oscilan entre los \$40.000 y \$60.000 por persona por año.

Por otro lado, los contenidos de los paquetes de atención son extremadamente disímiles entre los regímenes especiales, el Régimen Contributivo, el Régimen Subsidiado de Salud y la atención que reciben los pobres no asegurados. Esta inequidad en los contenidos de los planes de beneficio se refleja también en el acceso a la atención en salud y la calidad de los servicios que se reciben.

### 2.13. EL PROBLEMA DE INFORMACIÓN

La ausencia de un sistema de información en salud genera dificultades para controlar la evasión y la elusión en el Sistema General de Seguridad

Social en Salud, que según la encuesta nacional de hogares de 2000 asciende a un 36%, lo que equivale a un billón y medio de pesos al año.

Tampoco permite contar con un diagnóstico certero de las condiciones epidemiológicas del país, las coberturas de los programas de promoción y prevención y el real estado de las condiciones sanitarias y ambientales.

Los esfuerzos por organizar un sistema de información han girado en torno al tema financiero y el aseguramiento en salud, dejando de lado las variables relacionadas con la calidad en la atención, el acceso a los servicios y el impacto en los perfiles epidemiológicos de la población. Evidentemente estas falencias contribuyen a la desviación de recursos ya sea por mala aplicación, mal diseño de políticas o por corrupción, pues se dificulta implementar un buen sistema de evaluación y control.

#### **2.14. EL PROBLEMA DE PROVISIÓN DE SERVICIOS**

La provisión de servicios de salud en Colombia se realiza en dos ámbitos: el colectivo y el individual. Las atenciones colectivas están a cargo del Plan de Atención Básica (PAB) el cual consiste en un paquete de atenciones dirigidas a la promoción de la salud, la realización de acciones de protección inespecífica tales como la vigilancia epidemiológica, el saneamiento ambiental y campañas masivas de prevención de enfermedades de interés en salud pública. Este plan de beneficios gratuito y universal está a cargo de las direcciones territoriales de salud y se financia con recursos de transferencias de la Nación a los departamentos, distritos y municipios (Sistema General de Participación para salud pública).

Las atenciones individuales están a cargo de las entidades aseguradoras a través de paquetes obligatorios como el POS contributivo y el POS subsidiado.

Pudiéramos resaltar los siguientes cuatro aspectos críticos de la provisión de servicios de salud:

1. Crisis de los hospitales públicos de nivel 2 y 3
2. Proliferación de IPS privadas de nivel 1
3. Oferta de servicios desequilibrada en muchas ciudades
4. Atención de pobres no asegurados

### **2.14.1. Crisis de hospitales públicos**

Se trata de un fenómeno multicausal que viene exacerbándose con la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Trataré de identificar las principales causas.

Lo primero es aclarar que la crisis no se le puede imputar en su totalidad a la expedición de la ley 100. Partiendo del análisis del capítulo 1, el numeral 1.1.1. explica cómo se construyen hospitales de tercer nivel con recursos del Fondo Nacional Hospitalario hacia el decenio de los setentas. Estas enormes molas requerían de una buena medida de recursos tan sólo para el mantenimiento de la infraestructura física, por lo que el gobierno expide la medida obligatoria de destinar cada año por lo menos el 5% de los presupuestos hospitalarios para su mantenimiento. Tal medida no fue aplicada de manera juiciosa por lo que los hospitales se empezaron a deteriorar ante la indolente mirada de las clases dirigentes.

A este fenómeno debemos añadirle las negociaciones irresponsables de convenciones colectivas que otorgaron beneficios insostenibles a los trabajadores hasta llegar a la alarmante cifra de 27,9 salarios al año por cada trabajador.

Por otro lado, no debemos subestimar el problema de corrupción por parte de usuarios, trabajadores y directivos de hospitales que conllevó a la merma paulatina de los equipos médicos, los suministros y dotación hospitalaria y hasta la misma comida de los pacientes.

A este fenómeno debemos sumar la “politiquería” que conduce a burocratización innecesaria desde las mismas Direcciones Seccionales de Salud. Para la muestra baste un botón: el tristemente célebre Hospital Universitario de Cartagena, que fue el primero de los Hospitales Universitarios en cerrarse, llegó a tener 800 trabajadores de planta y 200 supernumerarios, cuando bien pudo haber funcionado con 500 personas.

Todos estos problemas ya existían antes de la expedición de la Ley 100 de 1993; sin embargo, con el cambio de modelo de subsidiar la oferta a subsidiar la demanda, esta crisis latente se hizo evidente. La velocidad de transformación de recursos de oferta a demanda superó la de los hospitales para realizar los ajustes institucionales necesarios para subsistir a expensas de la facturación de servicios, lo que llevó a una mengua progresiva de recursos durante el régimen de transición de la ley y a la consecuente parálisis de muchos servicios.

#### **2.14.2. Proliferación de IPS privadas de primer nivel**

Otro fenómeno que agrava la crisis es el de la creación indiscriminada de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de primer nivel de complejidad por parte de la clase política que vio en el Régimen Subsidiado de Salud una oportunidad de contratación a través la creación de improvisadas entidades que compiten con los Hospitales Locales y centros de salud del estado.

#### **2.14.3. Desequilibrio entre oferta y demanda de los servicios**

La creación de nuevas IPS no ha obedecido a la iniciativa planificada del Estado sino al interés particular de hacer empresa. Las deficiencias de la red pública de prestadores ha sido interpretada por el sector privado como oportunidades de creación de negocios que satisfagan la demanda de servicios. Por otro lado, la integración vertical, es decir la posibilidad de que los aseguradores cuenten con IPS propias, ha generado un fenómeno de sobre oferta de servicios en algunas ciudades y carencia en otras.

#### **2.14.4. La atención de los pobres no asegurados**

La atención de los pobres no asegurados, antes llamados vinculados al sistema, se dificulta por los tres problemas anteriormente descritos. Además, el acceso a los servicios para esta población se dificulta por la falta de información sobre los mecanismos para acceder a la atención, la terminación de los presupuestos por un fenómeno de sobrefacturación por parte de los prestadores debido a que las direcciones territoriales de salud no pagan de manera oportuna.

A esto debemos sumar la falta de precisión de los contenidos de los planes de beneficios; de hecho, no existe un plan de beneficios para los vinculados y la situación se empeora para las atenciones no contenidas en el POSS de los afiliados al Régimen Subsidiado de Salud.

### 3. MARCO CONSTITUCIONAL, JURISPRUDENCIAL Y LEGAL

La Constitución Política establece en sus artículos 48 y 49, el carácter de servicio público obligatorio y de derecho irrenunciable que tiene la seguridad social en Colombia, en los siguientes términos:

“**Artículo 48.**—La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

“Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

“**El Estado, con la participación de los particulares,** ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

“La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

“No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella.

“La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante”.

“**Artículo 49.**— La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de la comunidad ” (Negrilla fuera de texto).

El análisis de las disposiciones transcritas ha llevado a la Corte Constitucional a establecer las características básicas del sistema de seguridad social en salud, entre las cuales se cuentan:

Es un derecho irrenunciable de toda persona.

Es un servicio público de carácter obligatorio, el cual puede ser prestado por el Estado directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares, de conformidad con la ley.

“La Carta no opta por un sistema de salud y seguridad social de carácter estrictamente público, ni por un sistema puramente privado, sino que defiere al Congreso la toma de esas decisiones políticas. Así, explícitamente la Constitución señala que la seguridad social puede ser prestada “por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley ”.<sup>24</sup>

Pertenece a la categoría de los derechos prestacionales o asistenciales, para cuya eficacia se requiere de procedimientos y entidades que permitan hacerlos efectivos.

“Se trata de un derecho calificado por el tenor literal de la Carta como de la segunda generación; además que no permite su eficacia con la sola existencia de la persona titular, sino que requiere de una reglamentación que lo organice y una agencia pública o privada autorizada que le suministre los bienes y servicios que lo hacen realidad ”.<sup>25</sup>

El derecho a la Salud y a la seguridad social es de amplia configuración legal pues la Constitución confiere libertad al legislador para definir su alcance, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad que orientan el sistema.

“Conforme a la Carta, el Legislador juega un papel esencial en el desarrollo y configuración del régimen de seguridad social en salud, pues tal y como esta Corte lo ha destacado, “es al legislador a quien compete regular el servicio público de salud y determinar cuáles entidades del

---

<sup>24</sup> Corte Constitucional . Sentencia C-1489 de 2000.

<sup>25</sup> Corte Constitucional . Sentencia C-130 de 2002.

sector público o privado pueden prestarlo, el régimen a que deben sujetarse y todos los demás aspectos atinentes al mismo”.<sup>26</sup>

Tiene un carácter tempo- espacial , reconocido por el Constituyente, diseñado sobre la base de una cobertura progresiva que comprenda todos los servicios que, como parte de él, determine la ley, cuyas proyecciones tienen como corolario fundamental la capacidad financiera y fiscal de los entes de carácter público o privado que están llamados a la prestación del servicio de salud.

“Y esa naturaleza programática se deriva del esfuerzo presupuestal y de planificación que debe desplegar el Estado, de conformidad con las reglas y procedimientos establecidos en la medida en que se elaboren los respectivos planes y se obtengan los recursos para desarrollarlos, se crearían las condiciones de eficacia que permitan exigir dichas prestaciones como derechos subjetivos. La consagración del derecho a la salud y la aplicación al sistema general de salud de los principios de solidaridad, universalidad e integralidad, no apareja la obligación del Estado de diseñar un sistema general de seguridad social que esté en capacidad, de una sola vez, de cubrir integralmente y en óptimas condiciones, todas las eventuales contingencias que puedan afectar la salud de cada uno de los habitantes del territorio. **La universalidad significa que el servicio debe cubrir a todas las personas que habitan el territorio nacional. Sin embargo, es claro que ello se debe hacer en forma gradual y progresiva, pues tratándose de derechos prestacionales los recursos del Estado son limitados, de ahí la existencia del principio de solidaridad, sin el cual la población de bajos recursos o sin ellos no podría acceder a tales servicios** ”.<sup>27</sup>  
(Negrilla fuera de texto)

El sistema general de seguridad social en salud debe articularse financieramente con miras a garantizar que el derecho a la salud de los ciudadanos se preste en condiciones de calidad y cobertura adecuadas.

La Corte Constitucional hace especial énfasis en la importancia de armonizar el financiamiento y la administración del sistema para la coexistencia de los dos regímenes que en esta materia estableció la ley 100 de 1993: el régimen contributivo y el régimen subsidiado.

“En el Sistema General de Seguridad Social en Salud diseñado por la Ley 100 de 1993 **coexisten articuladamente, para su financiamiento y**

---

<sup>26</sup> Corte Constitucional Sentencia C-033 de 1999.

<sup>27</sup> Corte Constitucional . Sentencia C-130 de 2002.

**administración, un régimen contributivo y un régimen de subsidios,** con vinculaciones mediante el Fondo de Solidaridad y Garantías. Para tal efecto, la ley ha previsto la existencia de las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, y de Administradoras del Régimen Subsidiado -ARS- de carácter público o privado, como empresas administradoras de los recursos del Régimen, que prestan el servicio de salud según delegación que el Estado hace. Estas entidades, a su vez, tienen la facultad de prestar los servicios de salud directamente a sus afiliados, o de contratar la atención de sus usuarios con las diferentes Instituciones Prestadoras de Salud -IPS- “. <sup>28</sup>

La prestación del servicio público de salud se encuentra especialmente regulada, controlada y vigilada por el Estado, en los términos del artículo 365 de la Carta. <sup>29</sup>

Los recursos de la seguridad social por disposición constitucional tienen destinación específica.

En concordancia con lo anterior, el artículo 152 de la ley 100 de 1993, prevé que el objeto del sistema es “(...) regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio de todos los niveles de atención.(...)”.

Igualmente, el artículo 156 de la misma ley, prevé la participación de entes privados en la prestación de los servicios de salud, como un mecanismo a través del cual se logra ampliar su cobertura y, por ende, la efectividad de los derechos de los ciudadanos, cuya contraprestación está previamente definida en la ley, y garantizada a través de un esquema de financiación cuyas fuentes difieren según el régimen de que se trate.

De esta forma el régimen contributivo está administrado por las empresas promotoras de salud –EPS- y, se financia exclusivamente con aportes parafiscales de los trabajadores dependientes, sus empleadores, los trabajadores independientes y los pensionados. <sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> Corte Constitucional . Sentencia C-1489 de 2000.

<sup>29</sup> Corte Constitucional . Sentencia C-176 de 1996.

<sup>30</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-828 de 2001. “Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son rentas parafiscales porque son contribuciones que tienen como sujeto pasivo un sector específico de la población y se destinan para su beneficio, y conforme al principio de solidaridad, se establecen para aumentar la cobertura en la prestación del servicio público de salud. El diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud define en forma específica los destinatarios, los beneficiarios y los servicios que cubre el Plan Obligatorio de Salud, todos elementos constitutivos de una renta parafiscal”.

Julio Mario Orozco Africano

El régimen subsidiado, se administra a través de contratos suscritos entre las direcciones locales, distritales o departamentales de salud y las administradoras del régimen subsidiado -ARS- debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio, el cual se financia con recursos fiscales,<sup>31</sup> con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía, con recursos propios y aquellos provenientes de ETESA (antes ECOSALUD) que los departamentos y municipios destinen al régimen de subsidios en salud, y con los recursos adicionales previstos en el artículo 214 de la ley 100 de 1993.<sup>32</sup>

A partir de las disposiciones constitucionales mencionadas y teniendo en cuenta las características del sistema se debe analizar las actuaciones de los entes territoriales a cuyo cargo se encuentra la implementación del régimen subsidiado de salud, objeto del presente concepto, con el fin de establecer la competencia de estos entes para ampliar o modificar dos de los aspectos centrales del modelo económico adoptado por el legislador, el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado POS-S y la unidad de pago por capitación -UPC-.

Debe recordarse que el sistema de seguridad social en salud concebido por el legislador en la ley 100, obedece a una política social fundada en los principios de solidaridad y universalidad constitucionalmente previstos.

“La prestación de los servicios públicos, en este caso de salud, depende particularmente de la política social diseñada y promovida por el Estado y su capacidad económica y financiera para asumir los costos que demanda la implementación y el funcionamiento del correspondiente sistema. La cobertura e integralidad de la seguridad social, esto es, el cubrimiento de todas las contingencias negativas que afectan la salud y las condiciones y el logro de una especial calidad de vida de la población, necesariamente deben guardar proporcionalidad con las posibilidades económicas del Estado que reduce su actividad a un proceso gradual, al desarrollo de un programa instrumentado por el Estado social de derecho, como se deduce de la normatividad constitucional”.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Ley 715 de 2001.- “Artículo 3°. Conformación del sistema general de participaciones.- El sistema general de participaciones estará conformado así: (...)3.2. Una participación con destinación específica para el sector salud, que se denominará participación para salud.”.

<sup>32</sup> Ley 100 de 1993. Art. 214.—Recursos del régimen.

<sup>33</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-112/98.

### 3.1. RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

Tomando en consideración que el eje central de la reforma es el Régimen Subsidiado de Salud, procederé a analizar en detalle este régimen en particular. A manera de introducción al tema propuesto en este capítulo, es importante referirse a algunos aspectos generales del régimen subsidiado de salud, con el fin de contextualizar el ámbito, dentro del cual, operan las empresas que lo administran.

El régimen subsidiado de la Salud se encuentra definido en el artículo 211 de la ley 100 de 1993, como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad”.

Por consiguiente, este régimen se orienta a garantizar este derecho a la población más vulnerable de la sociedad y sin capacidad de pago, quienes se vinculan al sistema general de seguridad social en salud, a través del pago de una unidad de pago por capitación subsidiada -UPC-S.<sup>34</sup>

Los objetivos de este régimen se describen en el artículo 212, en los siguientes términos:

“ART. 212.—Creación del régimen. Créase el régimen subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el consejo nacional de seguridad social en salud. Este régimen de subsidios será complementario del sistema de salud definido por la Ley 10 de 1990”.<sup>35</sup>

Los criterios de identificación de la población beneficiaria de este sistema subsidiado han sido definidos por el CNSSS, el cual, a su vez, se ha encargado de ajustar los mecanismos de afiliación para garantizar la viabilidad y de estabilidad de la operación del mismo.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> El Decreto 1895 de 1994 “Por el cual se reglamenta el régimen subsidiado del sistema de seguridad social en salud”, aclarado mediante el Decreto 1627 de 1995 y, el Decreto 2357 de 1995.

<sup>35</sup> CNSSS. Acuerdo No. 244 de 2003.- “Artículo 2°. Potenciales beneficiarios del Régimen Subsidiado. Son potenciales beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, sin capacidad de pago. En consecuencia podría recibir subsidio total o parcial, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo”.

<sup>36</sup> CNSSS. Acuerdo No. 77/97; Acuerdo 244 /03.

Sobre las características generales de este régimen, la Corte Constitucional, en sentencia C-828//01, manifestó:

“El régimen subsidiado por su parte, es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley 100 de 1993.

Su propósito fundamental es financiar la atención en salud a las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que no tienen capacidad de cotizar. La forma y las condiciones de operación de este régimen serán determinadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. Será subsidiada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana, teniendo especial importancia dentro de este grupo, personas como las madres durante el embarazo, parto y postparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, entre otros.

El carácter del subsidio que podrá ser una proporción variable de la Unidad de Pago por Capitación se establecerá según la capacidad económica de las personas, medida en función de sus ingresos, nivel educativo, tamaño de la familia y la situación sanitaria y geográfica de su vivienda. Las personas que cumplan con los criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como posibles beneficiarios del régimen de subsidios se inscribirán ante la Dirección de Salud correspondiente, la cual calificará su condición de beneficiario del subsidio. (...)

La administración del régimen subsidiado corresponde a las direcciones locales, distritales o departamentales de salud, las cuales suscribirán contratos de administración del subsidio con las Entidades Promotoras de Salud que afilien a los beneficiarios del subsidio. Estos contratos se financiarán con recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto. Las EPS que afilien a los beneficiarios del régimen subsidiado prestarán, directa o indirectamente, los servicios contenidos en el POS ”.

**3.1.1. Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado POS-S. – Cobertura prestacional**

Como se expuso en el capítulo respectivo sobre las facultades del CNSSS, dentro de sus funciones, se encuentra, el establecer el contenido del plan obligatorio de salud - POS- para los afiliados según las normas de los regímenes contributivo y subsidiado.

El plan obligatorio de salud se define en el artículo 156 de la ley 100/93, como un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales.

Específicamente, para el régimen subsidiado, el decreto 806/98, define el POS-S en los siguientes términos:

“ART. 13.-Plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, POSS. Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen subsidiado y que **están obligadas a garantizar las entidades promotoras de salud**, las empresas solidarias de salud y las cajas de compensación familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del régimen subsidiado.

El contenido del plan subsidiado será definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. (Negrilla fuera de texto).

En cuanto al contenido del POS-S, el artículo 162 de la ley 100 de 1993, prevé:

“Artículo 162.- El sistema general de seguridad social de salud crea las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan. (...)”

“Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen el plan obligatorio del sistema contributivo, en forma progresiva antes del 2001. En su punto de partida, el plan incluirá los servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50% de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables. (...)”.

Tanto la definición del plan, como los parámetros fijados por el legislador para establecer su contenido, permiten concluir que la regla fijada en la ley 100/93 para el funcionamiento del sistema subsidiado, fue precisamente el aumento progresivo de los servicios de salud a cargo de las ARS.

En providencia de la Sección Primera, de esta Corporación, de 1 de diciembre de 1995, expediente No. 3261, al estudiar algunas limitaciones previstas en el Acuerdo 8 de 1994 para el POS-S, en materia de tratamientos cosméticos, estéticos, entre otros, señaló:

“Por otra parte, como claramente se puede leer en las normas transcritas de la ley 100 de 1993, ésta contempla como punto de partida un plan básico o “primer nivel” y estipula los servicios de segundo y tercer nivel se irán incorporando progresivamente a ese plan “de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables”. Y en los párrafos subsiguientes, que forman parte del artículo 162 se reglamenta que en el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá servicios de mayor complejidad (...) Quiere ello decir que no solamente mejorarán para la fecha fijada en la ley 100, las condiciones de acceso, **sino también la ampliación de los servicios de salud que pueda comprender muchas de las actividades, procedimientos e intervenciones que ahora son excluidas y limitadas en el artículo cuestionado**”. (Negrilla fuera de texto).

Dada las características del régimen subsidiado de salud, el CNSSS, mediante los acuerdos 72/97, 74/97, 77/97, 117/98 ha señalado de manera progresiva los servicios cubiertos por el POS-S, entre los cuales se cuentan, los de atención básica del primer nivel, acciones de prevención de enfermedades, de recuperación de la salud, atención hospitalaria, ambulatoria en segundo y tercer nivel, medicamentos y ayudas diagnósticas.

Es claro, entonces, que el legislador no prevé una posibilidad distinta de ampliación del POS, a la regulada en las normas antecedentes; por lo tanto, así la intención de la entidad territorial, sea loable, al pretender incluir servicios que no se encuentran en el POS-S con cargo a la UPC-S; Las razones de índole económica- financiero y de competencia expuestas, demuestran, fehacientemente, que este tipo de negociaciones no es procedente.

De aceptarse tal posibilidad, se podría afectar, a la postre, el equilibrio del sistema, y la capacidad financiera de los prestadores de dichos servicios y, lo que es aún más grave, afectar la calidad de los servicios de salud que reciben los usuarios pues esa mayor carga prestacional y

económica necesariamente redundará en una menor calidad de los servicios prestados.

La Corte Constitucional, de manera clara, se pronunció sobre la falta de competencia para negociar el contenido del POS, en concepto 1065 del 11 de marzo de 1998:

“Las direcciones departamentales, distritales o municipales de salud al convenir las cláusulas de los contratos de administración del régimen subsidiado con las correspondientes empresas promotoras de salud, carecen de facultad para negociar el alcance del POS-S y el valor de la UPC. Estas direcciones son organismos descentralizados de administración del sistema de salud y la ley sólo les asigna como función relacionada con esta materia la de preparación de estudios y propuestas que requiera el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que es el órgano de dirección del sistema”.

En consecuencia, de acuerdo con la ley, las ARS están obligadas, únicamente, a cubrir con cargo a la unidad de pago por capitación UPC-S, los riesgos y prestar los servicios que este organismo determine.

Por último, es pertinente mencionar que la Corte Constitucional, en jurisprudencia reiterada, ha sostenido que en algunos eventos en los que la prestación del servicio excluido o no cubierto por el POS-S pueda poner en peligro el derecho a la vida, la ARS deberán atender al afiliado y, con posterioridad, podrá repetir contra el FOSYGA o informar oportunamente al afectado para que éste acuda a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta; tesis que la Corte Constitucional comparte integralmente, pues con ella se armoniza los derechos involucrados, el de la vida, y el derecho económico que tienen estas empresas de percibir “una legítima ganancia”.<sup>37</sup>

Dijo la Corte Constitucional en Sentencia T-632 /02:

“Ahora bien, según la jurisprudencia de esta Corporación, frente a los eventos en los cuales las ARS no están obligadas a realizar intervenciones quirúrgicas o a suministrar medicamentos al no estar incluidos en el plan obligatorio de salud subsidiado POS-S, la protección de los derechos fundamentales invocados por los accionantes puede llevarse a cabo de dos maneras: i) **mediante la orden a la ARS para que realice la intervención o suministre los medicamentos, evento en el cual se autoriza a la entidad para que repita contra el Fondo de Solidaridad**

---

<sup>37</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-480/97.

y **Garantía del Sistema General de Seguridad Social en Salud FOSYGA**, o ii) mediante la orden a la ARS de coordinar con la entidad pública o privada con la que el Estado tenga contrato para que se preste efectivamente el servicio de salud que demanda el peticionario. Esta dualidad obedece a las fuentes de financiación del régimen subsidiado de salud: con fondos del Fondo de Solidaridad y Garantía o con recursos del subsector oficial de salud que se destinen para el efecto.

“En relación con el primer tipo de decisiones, en la sentencia T-480 de 2002, por ejemplo, la Sala Cuarta de Revisión ordenó a la ARS que en el término de las 48 horas siguientes a la notificación de la sentencia, le suministre a la menor accionante el corsé TLSO en propileno sobre medidas y el medicamento Baclofeno que le fueron prescritos por su médico tratante. En este caso se trataba de una niña de doce años de edad, que padece parálisis cerebral, se encuentra inhabilitada para cualquier movimiento y sufre de una progresiva deformidad de la columna. En razón de ello su médico especialista le ordenó el corsé y el medicamento antes indicados, pero la ARS a la que está afiliada se niega a suministrar tales implementos argumentando que no estaban incluidos en el plan obligatorio de salud. La Sala tuteló los derechos fundamentales a la dignidad humana, a la vida, a la salud y a la igualdad de la menor, y expresó que “La justicia constitucional no puede permitir que, por estar excluidos del plan obligatorio de salud, no se le faciliten a una niña de doce años de edad con gravísimas limitaciones físicas y mentales, el corsé y el medicamento prescritos por sus médicos y observar impasible cómo progresa la deformidad de columna que padece y cómo se alteran, de manera fatal, sus funciones vitales. **Por el contrario, sin desconocer el legítimo interés económico que le asiste a la entidad prestadora del servicio**, su deber es remover los obstáculos que advierte con miras a proteger los derechos fundamentales vulnerados o en peligro de vulneración.

“En cuanto a la segunda alternativa de protección de derechos fundamentales, en la sentencia T-452 de 2001 la Sala Tercera de Revisión tomó su decisión al conocer sobre la negativa de la ARS de suministrar un medicamento no POS-S, prescrito para el período post-quirúrgico, luego de una operación del endometrioma ovárico a la accionante. En esa oportunidad se consideró que, “En casos como el que ocupa la atención de la Corte, la jurisprudencia constitucional (en este caso se acude a la ya referida sentencia T-549 de 1999 M.P. Carlos Gaviria Díaz) ha estimado que, principios elementales de igualdad sustancial y de tratamiento especial a las personas en situación de debilidad manifiesta (C.P., artículo

13), imponen a la ARS el deber de informar, al afiliado que solicita la prestación de un servicio no incluido en el POS del régimen subsidiado, acerca de las posibilidades de acudir a otras instituciones públicas y las privadas que tengan contrato con el Estado, en procura de los servicios requeridos. Adicionalmente, la Sala considera que la entidad, además de la información antes señalada, debe sugerir al afiliado que se dirija a las autoridades municipales o distritales de salud con el fin de que éstas le informen qué instituciones públicas o privadas que hayan suscrito contrato con el Estado se encuentran en capacidad de dispensarle el servicio de salud que requiere (Esta posibilidad de involucrar expresamente a las autoridades municipales y departamentales con el objeto de asegurar la adecuada prestación del servicio de salud en el régimen subsidiado ya ha sido contemplada por la Corte, particularmente por la Sala Tercera de Revisión de Tutelas de la Corte Constitucional (Cfr. Sentencia T-911 de 1999 M.P. Carlos Gaviria Díaz). (Sentencia T-452 de 2001, M.P. Manuel José Cepeda Espinosa.)”. (Negrilla fuera de texto).

### ***3.1.2. Unidad de pago por capitación del Régimen Subsidiado de Salud***

Como quiera que en la solicitud de concepto, el señor Ministro expone con fundamento en el artículo 182 de la ley 100/93, y en jurisprudencia de la Corte Constitucional (aunque no cita, en particular, ningún fallo), la tesis que se acaba de mencionar, sobre el derecho al reembolso que opera a favor de las ARS en los casos en que se presten servicios no incluidos en el POS-S, los cuales, no se pueden imputar al valor de la UPC-S, la Sala estima procedente revisar las características de dicha unidad, en la medida en que es un elemento esencial del contrato<sup>38</sup> que las entidades territoriales suscriben con las ARS.<sup>39</sup>

El artículo 182 de la ley 100/93, prevé:

“ARTICULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las

---

<sup>38</sup> Ley 100/93, Art. 216: “La dirección seccional o local de salud contratará preferencialmente, la administración de los recursos del subsidio con empresas promotoras de salud de carácter comunitario tales como las empresas solidarias de salud...”

*Concordancia con : Art. 194. Ley 100/93: “la prestación de servicios de salud en forma directa por la nación, o por las entidades territoriales, se hará principalmente a través de las empresas sociales del estado...”*

<sup>39</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-112/98. “No pueden demandarse prestaciones que excedan su capacidad y que naturalmente no estén amparadas en cotizaciones.”

Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

PARAGRAFO 1o. Las Entidades Promotoras de Salud manejarán los recursos de la seguridad social originados en las cotizaciones de los afiliados”.

Así, la UPC-S tiene, entonces, dos connotaciones bien definidas :

Se trata de la remuneración a que tiene derecho la ARS por los riesgos cubiertos. La UPC-S es un valor de aseguramiento. Dice la Corte Constitucional sobre esta característica, en sentencia C-1480/00:

En efecto, para cubrir los costos de los servicios que ofrece el sistema a sus usuarios, la ley diseñó la Unidad de Pago por Capitación -UPC- (UPC para el régimen contributivo y UPC-S para el Subsidiado), como valor fijo mediante el cual se unifican los costos del paquete básico de los servicios en salud (Plan Obligatorio de Salud -POS para el Contributivo y POS-S para el subsidiado) que ofrece el Sistema. **Así, se entiende la UPC como el valor del aseguramiento per cápita que da derecho al usuario a recibir del sistema la atención en salud que requiera**, dentro de los parámetros del POS, independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema. **En virtud de lo anterior, mensualmente cada EPS o ARS recibe, por cada afiliado, el valor de una UPC (o UPC-S según el caso), que proviene de las cotizaciones de trabajadores y empleadores en el caso del RC y total (sic) parcialmente subsidiada por el Sistema de Salud, en el caso del Régimen Subsidiado de Salud.**

Constituye el monto calculado del costo del servicio. Según la Corte Constitucional, Sentencia C-828/01:

“La Unidad de Pago por Capitación no representa simplemente el pago por los servicios administrativos que prestan las EPS sino representa en especial, el cálculo de los costos para la prestación del servicio de

salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Esto significa, la prestación del servicio en condiciones de homogenización y optimización.”.

Siendo la UPC-S, una remuneración que la ARS recibe por la administración del régimen subsidiado y, a la vez, una garantía de la prestación de los servicios de salud, el derecho al reembolso por los riesgos no cubiertos, se constituye en la fórmula jurídicamente viable, para respetar el equilibrio económico de los contratos que suscriban las entidades territoriales con las EPS y ARS, en caso de servicios adicionales que deban prestarse a los usuarios que así lo requieran, y que a la vez, permite garantizar el equilibrio económico del sistema.

De la revisión de los decretos y acuerdos del CNSSS debe la Sala destacar que la normatividad, es coherente, al no permitir, de ninguna manera, que se afecte el valor de la UPC-S, cuando se ofrezcan servicios adicionales. Algunos ejemplos resultan muy ilustrativos sobre el particular:

El artículo 17 del decreto 806 de 1998, establece que los planes adicionales de salud, conocidos como planes complementarios y de medicina prepagada, que están en facultadas a ofrecer las EPS, se deben financiar, por regla general, con cargo a recursos propios de cada persona.

“ART. 17.-Otros beneficios. Dentro del sistema general de seguridad social en salud pueden prestarse **beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud**, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan planes adicionales de salud y **son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares**.

Estos planes serán ofrecidos por las entidades promotoras de salud, las entidades adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras ”.

Por su parte, el acuerdo 77/97, relativo a los servicios adicionales que pudieran estar ofreciendo las ARS, para captar afiliados al sistema, prevé:

“ART. 17.—Actividades de promoción de servicios y mercadeo de administradoras del régimen subsidiado. Para efectos de brindar una mayor información a la comunidad beneficiaria, las entidades administradoras seleccionadas podrán realizar actividades de divulgación y promoción de sus servicios, y deberán informar sobre la red de servicios disponibles, con el fin de que el usuario escoja libremente la mejor alternativa.

Si la administradora ofrece servicios adicionales a los contemplados en el plan de beneficios del régimen subsidiado, estos deberán mantenerse durante el tiempo que el afiliado permanezca en la administradora, y no podrán financiarse con cargo a la unidad de pago por capitación subsidiada “.(Negrilla fuera de texto original).

Lo anterior en ningún caso significa que las ARS, como se verá más adelante, al estudiar las condiciones y parámetros de selección de los concursos que realicen las entidades territoriales, puedan valerse de este tipo de estrategias de mercadeo para resultar adjudicatarias de un contrato de administración del régimen subsidiado; lo que la norma, en concepto de la Sala, persigue no es otra cosa que proteger los intereses de la población más vulnerable y, evitar prácticas que vayan en detrimento de sus derechos.

Este entendimiento de la normatividad que expone la Sala, coincide y esta en consonancia con la finalidad perseguida por el legislador al establecer planes únicos con cargos a las UPC.

“El establecimiento de planes únicos de salud, (el POS en el RC y el POS-S en el RS), financiados con las llamadas UPC en el RC (Unidades de Pago por Capitación) y las UPC-S en el RS, deberían evitar que la introducción de ciertos mecanismos de competencia, a nivel de la prestación de los servicios de salud, pueda traducirse en una inequitativa segmentación del servicio de la salud ”.<sup>40</sup> (Negrilla no es del texto original).

### **3.1.3. Contratos de aseguramiento para administrar el régimen subsidiado.**

El artículo 29 del decreto 50 de enero 13 de 2003, en el cual se adoptan medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud, y, el acuerdo No. 244/03<sup>41</sup> del CNSSS, definen, en concordancia con lo

---

<sup>40</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-1489-00

<sup>41</sup> Acuerdo 244 de 2003, por el cual se unifican los criterios con los parámetros definidos en materia de competencia y recursos de los acuerdos que lo anteceden y la ley 715 de 2001. “**Artículo 45.- Contratos de aseguramiento.** Para administrar los recursos del Régimen Subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a este régimen, la entidad territorial suscribirá un solo contrato con cada Administradora del Régimen Subsidiado, por el número de afiliados carnetizados, que incluye la población trasladada, la nueva por ampliación de cobertura, y la población de continuidad. El período de contratación será de un (1) año, comprendido entre el primero (1°) de abril y el treinta y uno (31) de marzo, el cual será prorrogable anualmente hasta por dos (2) años más, previo el trámite presupuestal pertinente.

---

Julio Mario Orozco Africano

previsto en el artículo 215 de la ley 100/93, el objeto del contrato de aseguramiento del régimen subsidiado de salud, así:

**“ART. 29.-Contratos de aseguramiento.** Para administrar los recursos del régimen subsidiado y proveer el aseguramiento de la población afiliada a éste régimen, las entidades territoriales suscribirán un sólo contrato con cada administradora del régimen subsidiado, ARS, para cada periodo de contratación. El contrato debe incluir todas las fuentes de financiación del régimen subsidiado.

Para la ejecución de los recursos durante el período de contratación, la entidad territorial deberá garantizar la aplicación del 100% de los recursos del régimen subsidiado provenientes del sistema general de participaciones en salud y de los recursos propios que amparan presupuestalmente estos contratos ”.<sup>42</sup>

Los elementos del contrato de aseguramiento, son, entonces, los siguientes:

**Sujetos:** la parte contratante está conformada por las direcciones locales, distritales o departamentales de salud y, las empresas promotoras de salud, y de otra parte, están las EPS, que cumplan con los requisitos exigidos, en el decreto 515 de 2004, organizadas para administrar el régimen contributivo de seguridad social en salud, que además, se encuentren debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud.

**Objeto:** asegurar el riesgo de salud de los afiliados al régimen contributivo, mediante la prestación directa o indirecta de los servicios de salud contenidos en el Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado POS –S, y administrar los recursos provenientes del subsidio a la demanda.<sup>43</sup>

---

“Al finalizar cada anualidad se efectuarán balances para efectos de determinar el cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las ARS y la ejecución de recursos.”

“Conforme lo establece el numeral 2 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993, este contrato se regirá por el derecho privado y deberá incluir todas las fuentes de financiación del Régimen Subsidiado y como mínimo la información que determine el Ministerio de la Protección Social. La minuta del contrato deberá ser remitida por la entidad territorial a la ARS con anterioridad al inicio del período de contratación.

Parágrafo. Para el manejo de los recursos de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 que las Cajas de Compensación Familiar administran directamente, se harán contratos por separado del resto de contratos de la respectiva ARS.”.

<sup>42</sup> Acuerdo 77 de 1997. Artículo 29 y ss.- Contratos Régimen Subsidiado.

<sup>43</sup> Corte Constitucional. Sentencia C-828/01“La fórmula elegida por el legislador para diseñar el Sistema de Seguridad Social en Salud es la de privilegiar el subsidio de la Julio Mario Orozco Africano

**Remuneración:** como se explicó en el acápite correspondiente, la UPC-S que reciben las ARS por cada afiliado al sistema se constituye en la remuneración que se obtiene por el aseguramiento y garantía de la prestación del servicio a los afiliados conforme a los contenidos previstos por el CNSSS en el POS-S.

Como lo expresó la Corte Constitucional en concepto No. 1065 del 11 de marzo de 1998, se trata de contratos de carácter bilateral, oneroso, atípicos, de ejecución sucesiva y conmutativos “por cuanto las EPS se obligan a asegurar, administrar y ejecutar los recursos del régimen subsidiado de seguridad social en salud que garanticen la prestación de los servicios de salud a las personas de escasos recursos - relacionadas con el listado de focalización- y las entidades **estatales les reconocen un valor percápita, denominado Unidad de Pago por Capitación, UPC, la que se establece en razón al perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en las condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.**” (Negrilla fuera del texto original).

Estas características, en particular el carácter conmutativo de las prestaciones a cargo de las partes, permiten concluir, que es deber de las entidades estatales preservar el equilibrio que el CNSSS establezca entre el POS-S y la UPC-S, en los contratos suscritos, máxime, si se considera que ni la negociación del valor de la UPC-S, ni de los contenidos del POSS, en ninguna de las etapas contractuales, son competencia de los entes territoriales, sino del CNSSS de manera privativa.

Por ello, el proceso de selección de las EPS, consagrado en el decreto 2375 de 1995, y en particular, los criterios de evaluación en este tipo de concursos, versan sobre aspectos distintos al objeto del servicio que se contrata y a su costo, los cuales, en virtud del poder de intervención del Estado, se repite, se fijan por el CNSSS.

“Artículo 13.- Concurso.- Con el fin de que la dirección de salud inscriba las entidades que podrán administrar el régimen subsidiado en su territorio, respetando la preferencia consagrada en el numeral 1º del

---

demanda y prever la existencia de entidades administradoras que juegan el papel de intermediarias entre los recursos financieros y las instituciones que prestan el servicio de salud y los usuarios. **El papel que desempeñan las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) se ajusta a la idea del contrato de aseguramiento, en el que el prestador asume el riesgo y la administración de los recursos.** Sin embargo, no se trata de un contrato de seguros clásico porque en primer lugar, construye un manejo financiero de prestación media para todos por igual, tanto para el régimen contributivo, como para el régimen subsidiado”.

Julio Mario Orozco Africano

artículo 216 de la ley 100, convocará a todas las entidades interesadas para que acrediten:

“1. Que están debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con resolución vigente.

“2. Que poseen una red de servicios que les permite prestar los servicios definidos en el POSS

“La dirección de salud no podrá exigir en ningún caso, para efectos de la selección, la acreditación de requisitos adicionales a los aquí enumerados y deberá verificar y evaluar especialmente lo relacionado con la red de prestadores de servicios en el municipio o área específica que garantice la adecuada atención de los afiliados (...)”.

La Superintendencia Nacional de Salud, mediante la circular externa número 4 del 11 de marzo 1996, establece un marco general de instrucciones sobre el cumplimiento de las funciones de las entidades territoriales, a partir de lo dispuesto en el decreto 2357 de 1995 y los acuerdos vigentes en su momento, todo lo cual corrobora lo afirmado anteriormente, respecto a los criterios de selección de la EPS, es más, dicha circular hace énfasis en la prohibición de no exigir requisitos adicionales a las ARS, como en los aspectos que se deben tener en cuenta para la evaluación de la red de servicios, en los siguientes términos:

“7.3. Requisitos para la selección. Para efectos de la selección única y exclusivamente se podrá exigir el cumplimiento de dos requisitos que son:

“i) La autorización por parte de la Superintendencia Nacional de Salud mediante resolución vigente, y

“ii) Contar con la red de servicios que le permita prestar el POSS.

“No está permitido exigir requisitos adicionales o diferentes a los arriba mencionados a quienes se presenten al concurso. La superintendencia verificará el cumplimiento de esta norma (D. 2357/95, art. 13). En el evento de haberse verificado el incumplimiento de esta norma con anterioridad a la publicación de la presente circular, la respectiva dirección de salud expedirá un acto administrativo mediante el cual corrige la situación irregular y la ajusta a lo ordenado por el artículo 13 del Decreto 2357 de 1995.

“7.4. Criterios para evaluar la red de servicios. Para evaluar la red de servicios presentadas por las entidades administradoras se tendrán en cuenta únicamente los criterios que se describen a continuación:

1. Que la entidad presente dentro de la red de prestadores de servicios de salud, como mínimo una institución hospitalaria de primer nivel en cada municipio, de acuerdo con la disponibilidad de oferta.

2. Que presente la entidad una institución de tercer nivel en el departamento; en caso de no existir ésta, deberá asegurar la referencia de pacientes que necesitan un servicio de tercer nivel a una institución de otro departamento.

3. Que identifique una capacidad de la red por municipio, de manera que se cuente como mínimo con los siguientes servicios: urgencias, consultas de medicina general, consulta de medicina especializada, hospitalización, cirugía, medicina, interna, ginecología y obstetricia, pediatría, odontología, laboratorio clínico, imagenología y patología.

Si la oferta del municipio no es suficiente para cubrir todos los servicios, su disponibilidad deberá acreditarse a través del sistema de referencia y contrarreferencia.”.

“7.5. Selección. El objetivo único del proceso de selección, es verificar el cumplimiento de los dos requisitos señalados en el numeral 7.3 de la presente circular.

Con este procedimiento no se pretende calificar a los oferentes, puesto que la dirección de salud está obligada a seleccionar e inscribir a todos aquellos que acrediten el cumplimiento de los dos requisitos señalados por el Decreto 2357 de 1995.

La selección se cumple en dos etapas; la primera consiste en el concepto técnico de la junta de licitaciones y contratos o del organismo que haga sus veces; este concepto técnico se debe referir básicamente a la red de servicios del oferente; la segunda, es la expedición del acto administrativo o mediante el cual la entidad territorial escoge a las administradoras de régimen subsidiado y ordena su inscripción como operadora del régimen subsidiado en el territorio.

En el evento que la dirección de salud rechace una solicitud de inscripción de administradora de régimen subsidiado, dentro del procedimiento de concurso o con posterioridad, lo hará mediante acto administrativo debidamente motivado.

Esta superintendencia, verificará con especial énfasis, la presencia del representante de los beneficiarios del régimen subsidiado en la junta de licitaciones y contratos, o el órgano que haga sus veces, designado de conformidad con lo dispuesto en el artículo 15 del Decreto 2357 de 1995, en las sesiones celebradas para emitir el concepto de que trata el párrafo anterior.

“7.5. (sic) Inscripción de las administradoras de régimen subsidiado seleccionadas. Cumplida la etapa anterior, la dirección de salud correspondiente inscribirá mediante acto administrativo a las administradoras de régimen subsidiado seleccionadas también mediante acto administrativo, autorizándolas para administrar subsidios en su territorio.

Para inscribir aquellas administradoras de régimen subsidiado que así lo soliciten, después de expirado el plazo del concurso, la dirección de salud respectiva expedirá acto administrativo individual para cada una de ellas.

“7.6. Afiliación. La Superintendencia Nacional de Salud, verificará y controlará que las direcciones de salud divulguen de manera amplia la información sobre las administradoras de régimen subsidiado autorizadas en su territorio con el fin de garantizar a los usuarios el ejercicio de la libre elección de administradora de régimen subsidiado, como lo ordena la ley.

Igualmente se debe informar a los beneficiarios que cuentan con un mes para escoger entidad administradora, contado a partir de la ejecutoria del acto administrativo que ordena la inscripción de las mismas. También debe informarse ampliamente a los beneficiarios que sólo podrán trasladarse de administradora después de un año de permanencia en la misma.

“7.7. Contratación. Una vez la administradora de régimen subsidiado acredite que ha completado el número mínimo de afiliados la entidad territorial firmará el contrato respectivo”.

Todo lo expuesto reafirma la tesis sostenida por la Sala en este concepto, en el sentido de que no es viable a las entidades territoriales incluir servicios adicionales en los procesos de selección de las ARS, ni durante la etapa de ejecución de los mismos, con cargo a la UPC-S.

Cosa bien distinta es que las entidades territoriales, con el fin de cumplir sus propias obligaciones legales, puedan delegar mediante contratación, la ejecución de tales actividades adicionales, siempre y cuando, naturalmente, paguen lo correspondiente por tal servicio adicional con recursos de los que reciben con tal fin, naturalmente distintos de los propios del subsidio a la demanda en los términos señalados en la ley.

La capacidad económica de las ARS a quienes se les ha delegado la prestación de los servicios de salud, y los criterios que el CNSSS debe revisar con el fin de fijar el valor de la UPC en los dos regímenes, no

pueden verse alterados en el contrato que suscriban las ARS, las cuales, únicamente deben cumplir los requisitos previstos en la norma para entrar en un mercado determinado, so pena que se altere el equilibrio económico de los mismos y, por ende, se deba proceder a su revisión.

“Entiende la Corte que se alteran las reglas de juego iniciales establecidas por la ley, cuando se exige que el Fondo de Solidaridad y Garantía asuma una serie de obligaciones que están excluidas de los respectivos regímenes, o cuando igualmente se impone a las EPS su asunción, no teniendo la capacidad económica ni los recursos para cubrir prestaciones, procedimientos o tratamientos que están por fuera del Plan, pues ello incide necesariamente en el equilibrio financiero de la EPS y del propio Sistema, y en especial en el cumplimiento adecuado y eficaz de las funciones a cargo del Fondo. En consecuencia, cuando ese Fondo no recibe los giros y las transferencias correspondientes con los cuales pueda cumplir su objeto, cual es garantizar la eficacia del Sistema General de Seguridad Social en Salud, o cuando sus recursos son utilizados para cubrir tratamientos o procedimientos que están excluidos del Plan Obligatorio de Salud, se pone en grave peligro la solvencia y eficiencia del Sistema, al igual que los derechos fundamentales de todos y cada uno de los afiliados y los principios constitucionales de la solidaridad y de la prevalencia del interés general”.<sup>44</sup>

Con idéntico criterio, debe decirse que tampoco es posible trasladar responsabilidades previstas en el plan obligatorio de salud a planes complementarios, tal y como lo expresa la Corte en Sentencia C-599/98:

“Las normas que establecen la posibilidad de ofrecer y recibir planes complementarios al plan obligatorio de salud, serán exequible siempre que ello "no implique una sustitución del Plan Obligatorio por el Complementario, ni el traslado de la responsabilidad propia de aquél a éste." En este sentido, la definición de los distintos planes, sistemas o subsistemas, no puede ser arbitraria ni distanciarse de la obligación constitucional de diseñar un modelo solidario, eficiente y universal que tienda a la satisfacción de las necesidades de salud de los habitantes”

Ahora bien, teniendo en cuenta, que como lo ha manifestado el señor Ministro, en su escrito, algunas entidades territoriales han procedido, en contrario, es decir, han negociado prestaciones adicionales con cargo a la UPC-S, la Sala considera necesario precisar, que el análisis de validez de las cláusulas de ese tenor incluidas en los contratos respectivos, no puede ser realizado por ella por no ser de su competencia; por ello, menciona

---

<sup>44</sup> Corte Constitucional. Sentencia SU-819/99

Julio Mario Orozco Africano

que para que se haga por la autoridad competente tal estudio y pronunciamiento, se deberán instaurar las acciones procedentes ante la jurisdicción competente.<sup>45</sup>

Todo lo anterior, sin perjuicio de que la Superintendencia respectiva, dentro de sus atribuciones pueda investigar la posible existencia de conductas que puedan atentar contra el derecho a la libre competencia consagrado constitucionalmente en el artículo 333, y desarrollado en la ley 155 de 1959, los decretos 2153 de 1992, el decreto 1663 de 1994<sup>46</sup>, disposiciones aplicables al mercado de los servicios de salud, las cuales, proscriben ciertas prácticas tendientes a afectar los niveles de prestación del servicio de salud, establecer precios por debajo de los costos, las que tengan por objeto la repartición de mercados, etc.

Necesidad de autorización de funcionamiento expedida por la superintendencia nacional de salud para personas jurídicas que deseen actuar como administradoras del régimen subsidiado.

La libertad económica y la iniciativa privada son derechos protegidos en el artículo 333 de la Carta, por lo tanto, no es jurídicamente posible que una decisión administrativa unilateral proferida por un ente territorial, pueda obligar a una empresa prestadora de servicios de salud que pretenda actuar como administradora del régimen subsidiado, a variar su objeto social.

En efecto, el objeto social de cualquier empresa, incluyendo las que operan en el sector de la salud, se construye a partir de la voluntad de los socios o accionistas, quienes determinan en el acto de constitución el objeto de la sociedad, el cual, naturalmente debe estar conforme con las normas comerciales y de derecho privado y con las disposiciones particulares del ramo en el cual van a desempeñar su actividad.

En el caso específico, de las empresas prestadoras de salud, que pretendan actuar como ARS, la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo señalado en el decreto 515 de 2004, es la entidad competente para otorgar el certificado de funcionamiento a las personas jurídicas que pretendan actuar como administradoras del régimen subsidiado.

---

<sup>45</sup> Ley 100 de 1993. Artículo 216.- (...) 2) (...) la contratación entre las direcciones seccionales o locales de salud con las entidades promotoras de salud se realizará mediante concurso y se regirá por el régimen privado, pudiendo contener cláusulas exorbitantes propias del régimen de derecho público.

<sup>46</sup> Decreto aclarado mediante el Decreto 1613 de 1995.

Para obtener la autorización de funcionamiento que se concede por parte del ente administrativo, es necesario cumplir requisitos plenamente reglados en el decreto en comento, todos los cuales están establecidos con el objeto de verificar la capacidad de la sociedad, establecer la viabilidad financiera de la misma, las garantías sobre la correcta operación del régimen subsidiado, la capacidad de oferta de las instituciones prestadoras de salud, la solvencia patrimonial, la responsabilidad e idoneidad de las personas que participan como socios, aportantes o administradores en relación con la operación y, la acreditación que en sus estatutos se ha incorporado las condiciones de operación previstas en el decreto 515 de 2004.

En consecuencia, éstos son los únicos requisitos para habilitar a una persona jurídica que como ARS se rigen por el derecho privado.

### 3.2. COMPETENCIA DE LAS ENTIDADES TERRITORIALES DENTRO DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

La Constitución Política, en el artículo 356, modificado mediante el acto legislativo No. 1/93, creó el sistema general de participaciones con el fin de garantizar la financiación de los servicios públicos a cargo de los entes territoriales, y le otorgó al sector de salud un tratamiento preferencial en la asignación de recursos.

En desarrollo del anterior precepto, la ley 715 de 2001, derogatoria de la ley 60 de 1993, prevé la conformación del sistema general de participaciones y establece una participación con destinación específica, así como, el marco de competencia de la Nación y los entes territoriales en este sector.

En efecto, en el capítulo II, la ley 715/01 señala en cabeza de los entes territoriales, una serie de funciones que van desde la definición de la política departamental, municipal y distrital en esta materia, hasta la ejecución de planes y programas, señalando, siempre, el esquema de financiación de los mismos.

Dispone la citada ley:

#### 3.2.1. Competencia de los departamentos en salud.

“ART. 43.—**Competencias de los departamentos en salud.** Sin perjuicio de las competencias establecidas en otras disposiciones legales, corresponde a los departamentos, dirigir, coordinar y vigilar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el territorio de su jurisdicción, atendiendo las disposiciones nacionales sobre la materia. Para tal efecto, se le asignan las siguientes funciones:

4.3.1. De dirección del sector salud en el ámbito departamental.

“(…) 43.1.3. Prestar asistencia técnica y asesoría a los municipios e instituciones públicas que prestan servicios de salud, en su jurisdicción.

“(…) 43.1.4. Supervisar y controlar el recaudo y la aplicación de los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del sistema general de participaciones con destinación específica para salud, y administrar los recursos del fondo departamental de salud.

“(…)43.1.8. Financiar los tribunales seccionales de ética médica y odontológica y vigilar la correcta utilización de los recursos.

“(…) 43.1.10. Ejecutar las acciones inherentes a la atención en salud de las personas declaradas por vía judicial como inimputables por

trastorno mental o inmadurez psicológica, con los recursos nacionales de destinación específica que para tal efecto transfiera la Nación.

“43.2. De prestación de servicios de salud

“43.2.1. Gestionar la prestación de los servicios de salud, de manera oportuna, eficiente y con calidad a la población pobre **en lo no cubierto con subsidios a la demanda**, que resida en su jurisdicción, mediante instituciones prestadoras de servicios de salud públicas o privadas.

“43.2.2. Financiar con los recursos propios, si lo considera pertinente, con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos, la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo **no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental**. (...)

“43.2.5. **Concurrir en la financiación** de las inversiones necesarias para la organización funcional y administrativa de la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a su cargo.

“43.3. De salud pública

“43.3.2. **Garantizar la financiación** y la prestación de los servicios de laboratorio de salud pública directamente o por contratación. (...)

“43.3.4. Formular y ejecutar el plan de atención básica departamental.

“43.3.5. Monitorear y evaluar la ejecución de los planes y acciones en salud pública de los municipios de su jurisdicción ”.(Negrilla fuera de texto).

### **3.2.2. Competencias de los municipios.**

“ART. 44.—Competencias de los municipios. Corresponde a los municipios dirigir y coordinar el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en el ámbito de su jurisdicción, para lo cual cumplirán las siguientes funciones, sin perjuicio de las asignadas en otras disposiciones:

“44.1. De dirección del sector en el ámbito municipal:

“44.1.2. Gestionar el recaudo, flujo y ejecución de los recursos con destinación específica para salud del municipio, y administrar los recursos del fondo local de salud.

“44.1.3. Gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción. (...)

“44.1.5. Adoptar, administrar e implementar el sistema integral de información en salud, así como generar y reportar la información requerida por el sistema. (...)

“44.2. De aseguramiento de la población al sistema general de seguridad social en salud.

“44.2.1. Financiar y cofinanciar la afiliación al régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y ejecutar eficientemente los recursos destinados a tal fin.

“44.2.2. Identificar a la población pobre y vulnerable en su jurisdicción y seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado, atendiendo las disposiciones que regulan la materia.

“44.2.3. Celebrar contratos para el aseguramiento en el régimen subsidiado de la población pobre y vulnerable y realizar el seguimiento y control directamente o por medio de interventorías.

“44.2.4. Promover en su jurisdicción la afiliación al régimen contributivo del sistema general de seguridad social en salud de las personas con capacidad de pago y evitar la evasión y elusión de aportes.(...)” (Negrilla fuera de texto).

### **3.2.3. Competencias en salud por parte de los distritos.**

“ART. 45.—Competencias en salud por parte de los distritos. Los distritos tendrán las mismas competencias que los municipios y departamentos, excepto aquellas que correspondan a la función de intermediación entre los municipios y la Nación.

“La prestación de los servicios de salud en los distritos de Barranquilla, Cartagena y Santa Marta se articulará a la red de prestación de servicios de salud de los respectivos departamentos. En los mencionados distritos, el laboratorio departamental de salud pública cumplirá igualmente con las funciones de laboratorio distrital ”.

Del análisis de las disposiciones transcritas debe concluirse que si bien es cierto que la ley 715 de 2001, distribuyó funciones en materia de salud entre los distintos entes territoriales y las entidades administradoras del régimen subsidiado, también lo es, que dicha distribución y la financiación de los proyectos, planes y programas de salud a cargo de estas entidades, tuvo por objeto, hacer este régimen compatible con las disposiciones de la ley 100 de 1993, y generar un marco de competencias que financieramente preservara la solvencia del sistema general de seguridad social en salud.

De este modo, el legislador establece una relación directa entre los recursos trasladados y las funciones asignadas, los cuales, por tener una

destinación específica definida constitucional y legalmente no pueden distraerse a fines diferentes.<sup>47</sup>

Pero, además de la relación establecida entre los recursos y las funciones asignadas, la ley 715 de 2.001, con miras a preservar el equilibrio del sistema de seguridad social en salud, señala que los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda podrán financiarse con los recursos propios, si lo considera pertinente la entidad territorial, o con los recursos asignados por concepto de participaciones y demás recursos cedidos; sin que se faculte, en ningún caso, a afectar la unidad de pago por capitación (UPC-S), o la negociación de los beneficios contenidos en el plan obligatorio de salud previsto para este régimen contratado con una administradora del régimen subsidiado (ARS).

Sobre el papel de la unidad de pago por capitación dentro del sistema y las relaciones entre las distintas instituciones que lo integran, la Corte Constitucional, en sentencia C-828/01, dijo:

“(…) el diseño del Sistema General de Seguridad Social en Salud crea una serie de relaciones interdependientes entre las instituciones que lo integran **y define la UPC como centro del equilibrio financiero**. La Unidad de Pago por Capitación no representa simplemente el pago por los servicios administrativos que prestan las EPS sino representa en especial, el cálculo de los costos para la prestación del servicio de salud en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. Esto significa, la prestación del servicio en condiciones de homogenización y optimización. **La relación entre las entidades que pertenecen al sistema y los recursos que fluyen dentro del ciclo de prestación del servicio de salud, forman un conjunto inescindible**” (Negrilla fuera de texto).

Además, el artículo 46<sup>48</sup> de la ley 715 de 2001, redistribuyó las acciones de promoción y prevención que hacían parte del plan obligatorio

---

<sup>47</sup> Corte Constitucional . C-828 de 2001. “Se considera que existe una violación a las obligaciones del Estado de crear y mantener el servicio público de la seguridad social cuando se constata que no destina los recursos, no financia las instituciones, utiliza en indebida forma o destina para otros fines los recursos que han sido asignados específicamente para el desarrollo del sistema de salud, por ello, el artículo 48 prescribe “que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines diferentes a ella”.

<sup>48</sup> ART. 46.—Competencias en salud pública. La gestión en salud pública es función esencial del Estado y para tal fin la Nación y las entidades territoriales concurrirán en su ejecución en los términos señalados en la presente ley. Las entidades territoriales tendrán a su cargo la ejecución de las acciones de salud pública en la promoción y prevención dirigidas a la población de su jurisdicción.

de salud subsidiado y, señaló que los recursos que financiaban estas acciones se descontarán de la unidad de pago por capitación **en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.**

Dijo la Corte Constitucional, en Sentencia C-971/02 sobre el traslado funcional y las modificaciones a la UPC-S, contempladas en el artículo 46 en comentario :

“El traslado funcional no significa que la norma haya privado a los particulares del ejercicio de una actividad económica, pues de lo que se trata es del cumplimiento de un deber constitucional y de la reglamentación de un derecho prestacional que es a la vez un servicio público, más aún cuando las ARS conservan la potestad de desarrollar tareas de promoción y prevención en salud, incluso con cargo a la UPC-S. Otra cosa es que un porcentaje de los recursos parafiscales destinados a dichas actividades se traslade ahora a las entidades territoriales y no a las ARS, como parte de un ajuste al modelo impuesto ” (Negrilla fuera de texto).

De acuerdo con el marco de competencias asignado por la ley a las entidades territoriales, en concordancia con el sistema de seguridad social definido por el legislador, concluye la Sala, que los entes territoriales no tienen facultad o competencia para modificar o alterar el contenido del plan obligatorio de salud –POS- y POS-S- con el fin de incluir actividades o servicios adicionales cargo a la –UPC-, actividades y servicios que son responsabilidad de los entes territoriales, tanto en el régimen contributivo, como en el régimen subsidiado, en la medida en que los ajustes al modelo adoptado por el legislador NO están dentro de su órbita de competencia y podrían, sino se prevé la forma como se financia, el servicio adicional, generar, desequilibrios en el sistema, máxime si se considera que la unidad de pago por capitación, es el eje del equilibrio financiero del mismo.

#### **3.2.4. Consejo nacional de seguridad social en salud –CNSSS. Naturaleza y funciones**

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en adelante, -CNSSS-, es un órgano de dirección del sistema adscrito al Ministerio de

---

Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente ley, hacían parte del plan obligatorio de salud subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones, se descontarán de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el **fin de financiar estas acciones.** (...).”

---

Julio Mario Orozco Africano

Protección Social, creado por el artículo 171 de la ley 100 de 1993, cuyas características fundamentales se encuentran previstas en el Acuerdo 31 de 1996, por el cual se adoptó el reglamento de este órgano.

Dispone dicho acuerdo, en cuanto a la naturaleza del CNSSS:

“ART. 2º—Objeto. El Consejo Nacional de Seguridad Social es un órgano permanente de dirección del sistema general de seguridad social en salud y de concertación entre los diversos agentes del mismo. Tendrá como objeto la adopción de medidas que permitan dirigir y orientar el sistema, dentro de los límites que le impone el cabal ejercicio de sus funciones” (Negrilla fuera de texto).

Así el CNSSS no solamente es un órgano de carácter consultivo para el sector salud, sino que desempeña un papel de **dirección del sistema** con capacidad para tomar **decisiones de carácter vinculante** para todas las instituciones que lo integran, incluidos, obviamente, los entes territoriales.

La Corte Constitucional, en sentencia C-577/95, al decidir la demanda de inconstitucionalidad instaurada contra el literal m) del artículo 156 de la ley 100 de 1993, el cual preveía que las decisiones del CNSSS se adoptaran mediante decreto por el Gobierno Nacional, señaló:

“Se trata de un **órgano plural de concertación** entre funcionarios de sector central, descentralizado y miembros de la sociedad civil relacionados con el servicio de salud. **Las decisiones del Consejo tienen carácter concertado**. A través de ellas se desarrolla el principio constitucional de la democracia participativa consagrado, entre otros, en el preámbulo, y en los artículos 1 y 103 de la Carta.

“Sin embargo, una lectura detallada permite sin dificultad entender que las normas de la Ley 100 de 1993 establecen, en primer lugar, que el Consejo tiene una serie de funciones que ejerce de manera autónoma (Ley 100 de 1993, art. 172); que las decisiones que el Consejo adopte en ejercicio de sus funciones son obligatorias(...).

“En efecto, dado que es el Consejo y no el Gobierno quien tiene la facultad de definir los aspectos centrales del sistema de seguridad social en salud de que trata el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, la función que en cumplimiento de la norma parcialmente demandada cumple el Gobierno es exclusivamente la de plasmar en un Decreto el contenido del acuerdo que ha sido decidido por el primero. (...).

“Por las razones expuestas, comparte la Corte la interpretación de la demanda a cuyo tenor la disposición acusada, así como el parágrafo 3º del artículo 172 de la Ley 100, y el artículo 204 de la misma norma,

consagran, en cabeza del Gobierno Nacional, el deber legal de adoptar mediante decreto las decisiones aprobadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, que, de conformidad con el literal m, del artículo 176 de la Ley, **son actos administrativos obligatorios y no meras recomendaciones.** (...)

“Es importante señalar que las disposiciones que se declaran inexequibles y que obligan al Gobierno a adoptar las decisiones del Consejo son innecesarias. La misma Ley establece que las decisiones del Consejo son obligatorias y, por lo tanto, el decreto del Gobierno no es condición de validez de aquellos actos. Basta con que sean adoptados y promulgados conforme lo establece la Ley para que los acuerdos del Consejo resulten vinculantes”. (Negrilla fuera de texto).

Siendo las decisiones del CNSSS de carácter vinculante y obligatorias para todas las instituciones que integran el sistema, en concepto de esta Sala, no es posible, desde el punto de vista funcional, que las entidades territoriales a través de la contratación de las administradoras del régimen subsidiado –ARS-, modifiquen o adicionen los contenidos del plan obligatorio de salud e implícitamente incluyan en el valor de la UPC-S, servicios o actividades no previstas por el CNSSS, relacionadas con las funciones a su cargo, entre las cuales se encuentran, las relativas al tema objeto de la consulta formulada: a) La definición el contenido del plan obligatorio de salud para los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado de acuerdo con los criterios definidos por el legislador<sup>49</sup> -<sup>50</sup> y, b) La definición del valor de la unidad de pago por capitación para los dos regímenes.<sup>51</sup>

---

<sup>49</sup> Ley 100 de 1993. Artículo 172 numeral 1°. CNSSS. Acuerdo 31 de 1996. Artículo 3° numeral 1°.

<sup>50</sup> CNSSS. Acuerdos que regulan el contenido del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado: Acuerdo 072/97, ; Acuerdo74/97; Acuerdo 77/97.

<sup>51</sup> Ley 100 de 1993. Artículo 172 numeral 3° y 4°. Acuerdo 31 de 1996. Artículo 3° y 5° “Definir el valor de la unidad de pago por capitación del régimen contributivo y subsidiado.”

#### 4. EL CONTEXTO DE LAS REFORMAS EN AMÉRICA

Difícilmente podríamos desligar las reformas a los sistemas de salud del contexto histórico que las acompañaron. Por un lado estas condiciones demográficas, sociales, económicas, políticas y epidemiológicas motivaron las reformas en Latinoamérica durante el decenio de los 80, pero esas mismas condiciones a su vez dificultaron su implementación. Es así como en los albores del siglo XXI, más de una década de iniciada, se vienen presentando una especie de “nueva generación de reformas”<sup>52</sup> a los sistemas de salud, las cuales obedecen a similares condiciones que les dieron origen en los diversos países.

En América Latina la atención de la salud se provee por tres sectores:

- a) el público, administrado por el ministerio de salud, que en la mayoría de los países ampara al menos legalmente a la mayoría de la población, con bajo ingreso y los pobres (en Brasil y Cuba existen sistemas nacionales de salud integrados que cubren a toda la población);
- b) el del seguro de enfermedad-maternidad que cubre usualmente a los grupos de ingresos medios y, en unos pocos países, a la mayoría de la población; y
- c) el privado, muy pequeño aunque en rápida expansión en varios países, que cubre a los grupos de ingreso medio-superior y alto, y está compuesto por planes pre-pago lucrativos e instituciones sin ánimo de lucro. Hasta la fecha, no se ha efectuado una reforma de salud con privatización total o mayoritaria, como en la reforma de las pensiones.

De los países latinoamericanos, cuatro no han tenido aún reforma de la salud, Cuba y Costa Rica han hecho reformas que mantienen un sistema totalmente estatal en el primero y predominantemente estatal en el segundo, y los cuatro restantes han implantado o tienen en proceso reformas que terminan con el monopolio o cuasi-monopolio público-seguro social, otorgan diversos grados de libertad a la población para seleccionar a los proveedores, y promueven la expansión del sector privado con la aspiración de mejorar la eficiencia. Las reformas en estos cuatro países pueden agruparse en dos modelos: selectivos duales (Chile y Perú) y selectivos múltiples (Colombia y Argentina); el grado mayor de privatización ha ocurrido en Chile, seguido por Perú, con un menor grado

---

<sup>52</sup> La Salud en las Américas Edición 2002, OPS Tomo 1, página 234

en los otros dos países, un porcentaje muy pequeño en Costa Rica y ninguno en Cuba.

#### **4.1. REFORMAS CON MONOPOLIO O PREDOMINIO DEL SECTOR PÚBLICO**

La reforma de la salud cubana tuvo lugar a principios del decenio del sesenta y, siguiendo el modelo soviético, creó un sistema nacional de salud, con cobertura universal, gratuito, totalmente administrado y financiado por el Estado, y que prohíbe la medicina privada. A diferencia de otros países pioneros (como en Uruguay) Cuba carecía en vísperas de la revolución de un seguro social de enfermedad-maternidad, pero tenía una red esencialmente urbana de hospitales públicos, cooperativas o sociedades mutuas de atención médica, y clínicas privadas. Todas las instalaciones y servicios fueron estatizados e integrados en el sistema nacional, el cual extendió considerablemente sus instalaciones (con énfasis en el área rural), así como el personal médico. A fines del decenio del

ochenta Cuba tenía los mejores indicadores de salud de la región pero el costo del sistema era altísimo. El colapso de la URSS y el socialismo provocaron la crisis económica y sanitaria, y la mayoría de los indicadores de salud se han deteriorado (una excepción es la mortalidad infantil, que continúa descendiendo), aunque el personal sanitario aún es relativamente el mayor de la región. La crisis severa de la salud en Cuba demanda una reforma integral pero ésta no es siquiera tema de discusión (Mesa-Lago y Pérez-López, 1999; Mesa-Lago, 2000a).

Costa Rica comenzó un proceso de integración del sistema de salud en el decenio del setenta con el traspaso de todos los hospitales públicos al seguro social, el cual se hizo responsable de la atención curativa a virtualmente toda la población. Los asegurados y los casos de asistencia social (gratuitos) eran y son atendidos sin diferencia en las instalaciones del seguro social; el ministerio de salud conservó unidades de primer nivel en las zonas rural y urbano marginal, así como la prevención y la política general de salud. A partir del decenio del ochenta, el seguro social desarrolló varios programas de colaboración con el sector privado, que abarcan aproximadamente a menos de un quinto de la población asegurada, pero la administración y financiamiento sigue estando a cargo del seguro social. En el decenio del noventa, se completó la integración del sector salud, unificando los servicios de primer nivel bajo el seguro social (que también reúne las funciones de prevención, recuperación y

rehabilitación), y descentralizando la administración; el ministerio sólo conserva el diseño de la política de salud y la supervisión del sistema y la promoción de la salud. Combinando el seguro y la asistencia social, Costa Rica virtualmente cubre a toda su población y sus indicadores de salud se colocan entre los dos más altos de la región (CEPAL, 1997; Sojo, 1998).

#### **4.2. REFORMAS CON SELECTIVIDAD Y PARTICIPACIÓN SIGNIFICATIVA DEL SECTOR PRIVADO**

En los programas selectivos duales (Chile y Perú), los asegurados pueden elegir entre dos proveedores de servicios: el sistema público/seguro social y planes prepago total o principalmente privados. En los programas selectivos múltiples (Colombia y Argentina) existen más opciones de elección y puede haber un desdoblamiento entre administradoras y proveedoras de salud.

Como en el caso de las pensiones, Chile fue pionero en la reforma de la salud la cual se implantó en 1981 pero, a diferencia de la primera, el sector público/seguro social (en adelante público) no se cerró, sino que se reformó, integró y descentralizó; además se creó un sistema de privado de prepago administrado por las ISAPRE. Los asegurados al tiempo de la reforma y posteriores a ella pueden cambiarse entre los dos sistemas y mudarse de ISAPRE después de un año de afiliación. El número de ISAPRE llegó a 35 pero descendió a 29 en 1997 (aún así, más de tres veces el número de AFP) y la tres mayores concentran 54% de los afiliados (*versus* 74% en las AFP) de manera que el sistema es muy competitivo. El asegurado paga una cotización del 7% (se eliminó la cotización del empleador), la cual se abona al sistema público o privado.

El sistema público tiene dos instituciones: FONASA a cargo de las finanzas, y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que provee la atención preventiva, curativa y promocional mediante 26 unidades regionales; el Estado cubre cualquier déficit que ocurra en este sistema. Los pobres cubiertos en el sistema público están exentos de pago y el Estado subsidia al resto de acuerdo con su ingreso, mientras menor es éste mayor el subsidio y viceversa. Los asegurados afiliados al sistema público pueden escoger entre el régimen de "libre elección" (instalaciones, médicos, etc.) o la atención directa en el SNSS. Los asegurados en las ISAPRE deben añadir un copago de 3-4% para financiar el paquete de prestaciones ofrecido, el cual debe ser al menos igual y es usualmente mejor que el ofrecido en el sistema público, pero no provee servicios sanitarios de promoción, prevención y emergencia, por lo cual reciben subsidios del sistema público. En 1997, el 27% de la población estaba

cubierta por las ISAPRE, 64% por el sistema público, 4% por las fuerzas armadas y 5% con sus propios recursos o seguro comercial o mutuales. El sistema público fue preferido por el Estado durante el decenio del ochenta y los asegurados de ingreso medio-superior y alto se pasaron a las ISAPRE, lo cual dejó al sistema público con el grupo de bajo ingreso y los pobres, o sea, con menos recursos, lo cual contribuyó al deterioro del mismo. En el decenio del noventa los gobiernos democráticos crearon una Superintendencia de ISAPRE, un organismo autónomo financiado por el Estado que supervisa todo el sistema, dicta normas y protege a los asegurados del sector privado contra posibles abusos. Además el Estado prohibió la discriminación de riesgos que practicaban las ISAPRE y asignó más recursos al sistema público para mejorar sus instalaciones, personal y servicios, pero aún existe una brecha considerable entre los dos sistemas (Ligozio, 1999).

Perú ha promulgado tres reformas legales de la salud en el decenio del noventa: en 1991 (que no llegó a implantarse), en 1995 y en 1996-97. En noviembre de 1996 se dictó la tercera ley que entró en vigor a fines de ese año y fue regulada en 1997, con las siguientes características: a) el seguro social continúa con sus asegurados pero sus prestaciones básicas se pueden complementar con otras superiores ofrecidas por Entidades Prestadoras de Salud (EPS, similares a las ISAPRE); b) el Ministerio de Salud continúa, al menos legalmente, cubriendo a los no asegurados de bajo ingreso y a los pobres; c) las EPS pueden ser privadas, públicas o mixtas y los empleadores pueden brindar planes de salud a sus trabajadores; d) se crea una Superintendencia de EPS, financiada por ellas mismas, que las supervisa; e) el empleador cotiza 9% al seguro social y el asegurado nada (esto se hizo para compensar la eliminación de la cotización del empleador en pensiones y el consiguiente aumento de la cotización del asegurado en ese programa); y f) si el asegurado se afilia a una EPS debe hacer copagos de 2% por atención ambulatoria y 10% por atención hospitalaria.

Este sistema es muy parecido al chileno, con cuatro excepciones: no hay integración entre el sector público y el seguro social, el empleador paga toda la cotización al seguro social, la Superintendencia es financiada por la propias EPS lo cual puede crear conflictos de interés, y las EPS pueden ser públicas o mixtas y ofrecen servicios complementarios a los básicos ofrecidos por el seguro social (Mesa-Lago y Bertranou, 1998). En 1999, el seguro social quedó sólo a cargo del programa de salud (ESSALUD), ya que le fueron eliminados todos sus programas de prestaciones económicas y transferidos al Estado.

En Colombia, la ley de reforma de la salud, promulgada en 1993 (conjuntamente con la de pensiones), expande la libertad de elección del modelo chileno (y del peruano) ampliando el número y naturaleza de las administradoras y proveedoras de servicios de salud. Existen dos sistemas generales: contributivo (seguro social) y subsidiado (resto de la población no asegurada incluyendo los pobres). Toda la población en ambos sistemas puede escoger libremente entre múltiples entidades administradoras y múltiples entidades prestadoras de servicios, ambas entidades pueden ser organizadas por los sectores de seguro social, público y privado, y las administradoras también por las cajas de subsidios familiares. Las entidades prestadoras de servicios garantizan un plan básico de salud que cubre al afiliado y su familia (prevención, promoción de salud, atención de primer nivel y riesgos catastróficos); paquetes con prestaciones adicionales y mejores pueden comprarse con un pago extra. En el sistema contributivo, el empleador cotiza un 8%, y el asegurado 4% más 1% que va al régimen subsidiado. Se creó un Fondo de Solidaridad y Garantía que debe extender la cobertura del sector subsidiado, el cual se financia con la referida cotización del 1%, más el excedente de las cotizaciones pagadas por los asegurados de alto ingreso (después de deducir el costo del plan básico) y cualquier déficit es cubierto por el Estado (los pobres están exentos de todo pago). La meta inicial era que en el 2000 toda la población estuviese cubierta por el plan básico y éste fuese uniforme para todos (durante la transición, los afiliados al sistema subsidiado sólo reciben atención preventiva y de primer nivel); pero la reforma es muy compleja y su implantación total se ha demorado, por lo que parece difícil que se cumpla la meta (La Forgia, 1999).

En Argentina, antes de la reforma, los seguros sociales de salud estaban controlados por las "obras sociales", entidades prestadoras de servicios de salud administradas por los sindicatos, limitadas a los miembros de cada gremio ("cerradas"), y con gran diversidad de servicios de acuerdo con el poder económico de cada sindicato. Una ley de 1993 concedió a los trabajadores la libertad de elección de una obra social, o sea, las "abrió" a toda la población asegurada; y una ley de 1995 introdujo las reformas siguientes: a) la eliminación de la doble cobertura en obras sociales para miembros de una familia que trabajan en sectores diferentes, de manera que cada familia debe elegir una sola obra social; b) la libertad de elección a todos los jubilados y pensionados entre el programa médico de la institución que los cubría exclusivamente (INSSJP: 4 millones de afiliados) y las obras sociales; y c) el establecimiento obligatorio de un paquete mínimo de prestaciones de salud para todas las obras sociales. El

nuevo sistema comenzó a funcionar en 1996. Los asegurados cotizan 3% y los empleadores 5% (más 2% y 3% respectivamente para el programa del INSSJP); las obras sociales reciben la cotización combinada de sus afiliados (menos una parte que va a un fondo de redistribución) y si estos desean prestaciones adicionales al paquete mínimo, deben pagar primas extra. Un jubilado o pensionado que se muda del INSSJP a una obra social traspassa su cotización combinada. El fondo de redistribución se financia con un porcentaje de la cotización combinada del 8% y compensa a las obras sociales cuyos afiliados tienen altos riesgos de enfermedad y bajos ingresos. El sector privado de entidades prepago ha sido regulado y se espera que entre a competir con las obras sociales por los asegurados. Todo el sistema es supervisado por una nueva Superintendencia de Servicios de Salud (Bertranou, 1998).

#### **4.3. CONTEXTO DEMOGRÁFICO: TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA**

- Aumento sostenido de la esperanza de vida
- Disminución de la mortalidad
- Reducción de la natalidad
- Importantes movimientos migratorios

#### **4.4. CONTEXTO SOCIAL: CRISIS SOCIAL**

- Incremento de la pobreza
- Incremento de la brecha de inequidad
- Deterioro de los estratos sociales menos favorecidos
- Urbanización y desplazamientos forzados por la violencia social
- Incremento del desempleo y subempleo o empleo informal

#### **4.5. CONTEXTO ECONÓMICO: CRECIMIENTO MACRO CON AUMENTO DE LA INEQUIDAD**

- Evolución positiva de las variables macroeconómicas (PIB)
- Estabilización de precios
- Liberalización del comercio
- Reformas laborales y pensionales

#### **4.6. CONTEXTO POLÍTICO**

El contexto político para las reformas en Latino América es el siguiente:

- Democratización de las sociedades, al menos en los aspectos formales
- Reformas del Estado (desburocratización y modernización)
- Transformación de Estados paternalistas a Estados garantes de derechos, pero con limitaciones
- Privatización de empresas del Estado
- Estados más articuladores y reguladores para el logro de cohesión social

Para el caso de Colombia, el contexto político es el de una república unitaria gobernada constitucionalmente por tres poderes. El poder Ejecutivo representado por el Presidente elegido para cuatro años y que es asistido por dieciséis ministros que puede nombrar y remover libremente. En los Departamentos el poder ejecutivo lo ejerce el Gobernador y en los municipios, el Alcalde; ambos elegidos por elección popular por un período de tres años.

El poder Legislativo está compuesto por un Congreso bicameral formado por el Senado y la Cámara de Representantes. Tanto los senadores como los representantes son elegidos por voto popular para un período de cuatro años. El poder Legislativo en los Departamentos está representado por la Asamblea de Diputados y en los Municipios por el Consejo Municipal. Los diputados y concejales son también nombrados por elección popular cada 3 años. El poder Judicial está representado a nivel nacional por la Corte Suprema de Justicia que se divide en cuatro salas: Penal, Civil, Laboral y Constitucional.

Además de los tres poderes descritos, en Colombia existe una rama del ministerio público encargada de dirimir los conflictos entre el Estado y los particulares, o entre las diferentes entidades del Estado. El ministerio público está representado en el nivel nacional por el procurador nacional; en el nivel departamental, por los procuradores delegados y en los municipios por el personero municipal. Según la Constitución de 1991, Colombia está dividida en 32 Departamentos, 1.076 Municipios, 2.029 Corregimientos y 4.040 inspecciones de policía. La capital del país no forma parte de ningún departamento y tiene carácter de Distrito Capital.

La planificación y gestión del desarrollo está a cargo del Departamento Nacional de Planeación, el cuál ejecuta sus funciones de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, el que es complementado a nivel territorial mediante planes departamentales y municipales de desarrollo.

En el contexto del conflicto armado que desde hace décadas vive el país, el desplazamiento forzado es una expresión de la crisis humanitaria, del limitado acceso a servicios básicos como alojamiento, agua potable, salud y programas de apoyo o reinserción social, así como de la fragilidad de los derechos fundamentales y de las instancias judiciales para hacerlos valer. La población desplazada vive en condiciones de fragilidad con respuestas de poco impacto frente al problema. Por tanto, las disparidades entre las zonas rural y urbana en educación, servicios básicos y empleo; las desigualdades de género y la violencia, tanto política como social (con secuelas de traumatismos y homicidios) se citan entre los principales problemas que influyen el desempeño de los servicios de salud. PROFAMILIA, 2001 plantea que las mujeres desplazadas se embarazan el doble (8%) de la tasa nacional (4.7%), siendo el 55% embarazos no deseados. Es significativa la tasa de embarazo entre adolescentes desplazadas.

#### **4.7. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO: TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA**

- Coexistencia de enfermedades propias del subdesarrollo y del desarrollo
- Enfermedades emergentes como el SIDA
- Enfermedades reemergentes como la Tuberculosis y la Lepra
- Incremento de la violencia intrafamiliar
- Incremento de enfermedades mentales, sobre todo las adicciones a sustancias psicoactivas
- Carencias en el aprovisionamiento de agua potable y saneamiento básico

Estas condiciones similares de los países de Latinoamérica son las mismas que en Colombia han generado un retraso en la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud por lo que se requiere, sin temor a equivocarnos, un replanteamiento de metas más realistas, menos ambiciosas y sobre todo que no pasen por alto la crisis social y económica que atraviesa el país por los grupos armados al margen de la ley, el narcotráfico, la corrupción y la falta de gobernabilidad en muchas instituciones públicas.

#### **4.8. LO QUE APREDEMOS DE LAS REFORMAS EN LATINO AMÉRICA**

Las inequidades en salud se han convertido una preocupación para la Salud Pública. Los pobres usan menos recursos públicos que los grupos

de ingresos medios y superiores. Existe una disparidad de salud entre grupos socioeconómicos así como por categorías de género y origen étnico, sugiriendo el vínculo entre los resultados en salud y una variedad de condiciones de vida material y social. Las disparidades en el impacto de estos macro determinantes en la salud y el bienestar general siguen aumentando.

¿Cómo han respondido los sistemas de salud regionales a estas disparidades? Se han realizado avances en la descentralización del Estado y hasta han surgido nuevos actores públicos y privados en el sector. Además existe una tendencia a la desconcentración y/o descentralización de los servicios de salud y a la separación de funciones de los diversos actores del sistema.

#### ***4.8.1. Principios orientadores de las reformas***

¿Cuáles han sido los principios orientadores de las reformas del Sector?

- Fomentar la Equidad en el estado de salud, en el acceso y uso de los servicios, y en el financiamiento de los mismos.
- Aumentar la Eficiencia del gasto en salud y de la asignación y gestión de los recursos.
- Asegurar la Sostenibilidad, tanto en términos de legitimidad como de financiamiento.
- Impulsar la Participación Social en la planificación, la gestión, la provisión y la evaluación.
- Mejorar la Calidad de la atención, tanto desde la perspectiva técnica como desde el punto de vista del usuario.

#### ***4.8.2. Transformaciones Necesarias***

##### **El Desarrollo de la Rectoría**

- Fortalecimiento del liderazgo y la capacidad normativa de los Ministerios de Salud.
- Desarrollo de la Descentralización y aumento de la cobertura de servicios . de la cobertura de servicios .
- Garantía de la atención prioritaria a grupos postergados y vulnerables.
- Garantía del acceso equitativo de todos los ciudadanos a los servicios de salud.

### **Un Nuevo estilo de Gestión y Provisión Un Nuevo estilo de Gestión y Provisión**

- Ampliación del número y variedad de proveedores públicos y privados.
- Definición de un “portafolio de beneficios de servicios de salud públicamente garantizado”.
- Desarrollo Institucional de un asegurador público único con capacidad para comprar servicios a los proveedores públicos y privados, sin y con ánimo de lucro.
- Introducción de incentivos que estimulen la eficiencia y efectividad de los servicios.
- Desarrollo de programas de garantía de calidad incorporando sistemas de información para la gestión.

### **Una Nueva forma de Financiamiento**

- Orientación del gasto con criterios de equidad y eficiencia.
- Identificación y movilización de fuentes de financiamiento adicionales.
- Ajuste del nivel de gasto y su financiamiento a las posibilidades de la economía nacional. a las posibilidades de la economía nacional.
- Garantía de equidad financiera con distribución adecuada de cargas y distribución adecuada de cargas y beneficios.
- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios.

#### ***4.8.3. Lecciones aprendidas***

El problema requiere soluciones que combinen la reingeniería de políticas sociales, un nuevo diseño para la entrega de servicios de salud, reformas financieras, y reorganización de los sistemas de salud que actualmente se encuentran segmentados

Será difícil progresar sin incrementar los niveles relativamente bajos de gasto público en salud

Existe la necesidad de encontrar mecanismos innovadores para expandir esquemas de seguro social que sirvan de contrapeso al incremento de los niveles de pobreza, al sector informal que esta en expansión.

Existe poco espacio para progresar a expensas de fuentes privadas de financiamiento. La solución al problema aún esta lejos y es más compleja que la noción de un “paquete básico de intervenciones” definido con criterios de costo efectividad

El modelo segmentado debe ser desmontado, y una “separación de funciones” debe llevarse a cabo dentro de un marco de solidaridad, para lograr cobertura universal.

Desde la perspectiva de la equidad, las diferencias en salud que sean evitables, injustas e innecesarias no deberían ser causa de las diferencias sociales entre las personas. Si los efectos de la estructura social sobre la salud son injustos, estos deberían ser modificados o compensados.

## 5. LOS PROYECTOS DE LEY

Los proyectos de ley pueden agruparse en tres:

- Los que pretenden profundizar el modelo: 54, 52, 31, 33 y 122
- Los que pretenden un cambio de modelo: 19 y 98
- Los que pretenden ampliar los beneficios de grupos poblacionales específicos: 57, 58, 105 y 115

No se requiere analizar todos los proyectos. Analizaremos cuatro de los 12 proyectos, los cuales recogen en gran medida la totalidad de las propuestas.

Los objetivos generales de la reforma son:

- Hacer más eficiente el uso de los recursos del sistema
- Mejorar el acceso a los servicios
- Mejorar la equidad en la atención
- Aumentar la cobertura hacia la universalidad

### 5.1. EL PROYECTO DEL GOBIERNO NACIONAL (052)

#### 5.1.1. Principios Orientadores

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 y deberes de los ciudadanos consagrados en la Constitución Política.

El Artículo 48 de la Carta 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.

La Constitución también señala en el Artículo 49, que se debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, como servicio público a cargo del Estado, el cual lo organiza, dirige, establece políticas, reglamenta, vigila y controla. En su prestación pueden concurrir agentes públicos y privados. Los servicios deben ser organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

Conforme al preámbulo de la Ley 100 de 1993, la Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. El Artículo 162 de la Ley 100 de 1993 establece que “El Sistema General de Seguridad Social en Salud creará las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001”.

De igual manera, al reconocer a Colombia como un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria y descentralizada, la Carta 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 éstos 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.

En lo relativo a la prestación de los servicios de salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, el Artículo 185 de la Ley 100 de 1993 definió que éstas deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

### **5.1.2. Cobertura del Aseguramiento**

Desde 1993 con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, ha habido un considerable avance en los índices de cobertura de aseguramiento; cálculos del Ministerio de la Protección Social con base en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003<sup>53</sup>,

---

<sup>53</sup> Para estimar la población afiliada al SGSSS y la población objeto de subsidios en salud se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2003 (ENCV 2003).

indican que aproximadamente el 62% de la población colombiana se encuentra afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, de la cual 39% se encuentra afiliada al Régimen Contributivo y 23% al Régimen Subsidiado. Sin embargo, es preocupante que alrededor del 38% de la población, aproximadamente 16 millones de personas, no se encuentra asegurada en ninguno de los dos regímenes establecidos, y que casi la mitad de los no asegurados son personas de los niveles más pobres.

Las consecuencias sociales de la falta de cobertura de aseguramiento han sido evaluadas en forma exhaustiva. Se ha encontrado que los problemas asociados a la falta de un seguro de salud no se limitan a los costos económicos ocasionados por un pobre estado de salud y sus consecuencias sobre el estado funcional y desarrollo de niños y adultos, sino que incluyen el impacto sobre la estabilidad económica y el bienestar psicosocial de las familias, además de las externalidades negativas sobre las instituciones, la economía local y la salud de la población que se generan en comunidades donde hay un gran número de individuos no asegurados<sup>54</sup>. Esta evidencia soporta el planteamiento de que los principales esfuerzos del Gobierno Nacional se deben continuar dirigiendo a reducir el número de colombianos sin seguro de salud y lograr la cobertura universal, con particular énfasis en la población más pobre y vulnerable.

Además del riesgo financiero y de las barreras al acceso a los servicios de salud que implica la falta de un seguro para la población, no haber logrado la cobertura universal también genera grandes ineficiencias en el funcionamiento del SGSSS. Primero, existe un sistema dual de subsidios a la oferta y a la demanda donde las responsabilidades de atención de la población son confusas y encontradas, que dificulta la planeación, gestión y vigilancia de los recursos lo cual implica una operación más costosa, y que genera inequidades en el acceso a los servicios de salud. Segundo, conlleva a que el esquema de aseguramiento existente opere en condiciones subóptimas, ya que con el aseguramiento universal se podría obtener una mejor dispersión del riesgo en salud y del riesgo financiero, se reduciría el problema de selección adversa, y sería más claro que los aseguradores son los responsables últimos de la salud de la población.

---

<sup>54</sup> Consequences of Uninsurance. 2003. Hidden Costs, Values Lost Uninsurance in America. Washington D.C. The National Academies Press. Committee on the Consequences of Uninsurance. 2002. *Health Insurance Is a Family Matter*. Washington D.C. The National Academies Press, que incluyen revisiones de estudios observacionales y cuasi experimentales de la relación aseguramiento-salud en los E.U:

<sup>55</sup> Estas afirmaciones se documentan en las siguientes fuentes:

---

Julio Mario Orozco Africano

En los últimos 2 años se ha ampliado la cobertura de aseguramiento en el Régimen Subsidiado en aproximadamente 1.3 millones de personas, y se espera poder haber afiliado casi 3.5 millones de las personas más pobres para el 2006. Estos avances se han obtenido gracias al incremento de los recursos disponibles para subsidios a la demanda resultantes de transformación de subsidios de oferta, de una mejor gestión de las fuentes de financiamiento existentes, (por ejemplo: un mayor recaudo de los dineros provenientes de juegos y azar) y de esfuerzos por depurar las bases de datos de afiliación lo cual ha permitido identificar un gran número de cupos disponibles.

Sin embargo, con esta tendencia de crecimiento en la afiliación la meta de cobertura universal en el Régimen Subsidiado podría tardar casi 10 años. Por las razones expuestas anteriormente se considera que el costo social y económico de continuar con la actual tendencia es grande, y se requiere la implementación de cambios legales a la organización y financiamiento del Régimen Subsidiado para cumplir con el mandato constitucional de universalidad.

### ***5.1.3. Financiamiento y Gestión de los Recursos en el Régimen Subsidiado***

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 de 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.

#### **5.1.4. Selección y Contratación de Entidades Aseguradoras en el Régimen Subsidiado**

En las condiciones actuales de operación del 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, situación que favorece que las entidades territoriales adelanten la contratación de entidades aseguradoras sin tener en cuenta las preferencias de los usuarios<sup>55</sup>.

Lo expuesto en los dos párrafos anteriores lleva a plantear que hay que introducir cambios en la organización y contratación de las entidades aseguradoras que operan en el Régimen Subsidiado y a implementar mecanismos para que el ejercicio de la libre elección por parte del usuario se constituya en un fuerte incentivo para que las entidades aseguradoras compitan ofreciendo mejores servicios que resulten en un impacto positivo sobre la salud de los usuarios.

#### **5.1.5. Salud Pública**

El Plan de Atención Básica, PAB creado por la Ley 100 de 1993 define acciones orientadas a la colectividad que complementan las acciones de promoción y prevención definidas en los planes de beneficios. Sin embargo, los aspectos reglamentarios y operativos que se

han hecho de la Ley 100 en esta materia y de los conceptos relacionados con la salud pública, han dado lugar a una confusión relacionada con cuales son las intervenciones incluidas dentro del PAB y con cuales son las actividades y servicios dirigidos a los individuos que deben ser atendidos por las entidades aseguradoras ya que éstas actividades en algunos casos son componentes de los planes de beneficios. La confusión señalada ha conducido a la dispersión de las actividades del PAB entre los diversos actores y niveles territoriales y a la atomización de las responsabilidades, de tal manera que el impacto de las acciones se disuelve, la atención a las personas y a las colectividades no es oportuna y suficiente, y además se pierde la transparencia en el manejo de los recursos.

En este orden de ideas, uno de los cambios más problemático para la atención en Salud Pública ha sido el establecido por el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001, mediante el cual quedaron a cargo de las entidades territoriales las actividades de promoción y prevención del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S. Para evaluar la gestión y cumplimiento de las actividades de promoción y prevención del POS-S a partir de la implementación de esta medida, el Ministerio de la Protección social adelantó un análisis a partir de una encuesta diseñada para este fin, por el periodo comprendido entre 1º de agosto de 2002 y marzo 31 de 2003 y el periodo correspondiente al 1º de abril y 31 de diciembre de 2003.

Los resultados obtenidos demuestran con claridad la problemática de la ejecución de los recursos del 4.01% del valor de la UPC-S y el incumplimiento de las acciones de promoción y prevención del POS-S a cargo de las entidades territoriales en el país. Es decir, se encontraron indicadores negativos de la eficiencia de la gestión tanto del nivel municipal como de los procesos de evaluación y control de gestión que los departamentos deben adelantar.

También se deduce del estudio que el cumplimiento de las acciones de promoción de la salud es insatisfactorio en casi todos los municipios, al encontrar que cerca del 50% de los municipios no reportaron información sobre las actividades de vacunación ejecutadas, o esta era inconsistente o incompleta. En la mayoría de municipios que respondieron la encuesta, el cumplimiento de indicadores que son la clave para la evaluación de las acciones de promoción y prevención fue calificado como muy deficiente o deficiente para la aplicación de por ejemplo el toxoide tetánico a mujeres en edad fértil y para las normas de planificación familiar y detección temprana del cáncer de cuello uterino.

Buscando establecer condiciones para una ejecución armónica y sinérgica de las acciones colectivas e individuales en salud pública, en este proyecto se considera conveniente replantear el PAB y derogar el Artículo 46 de la Ley 715 de 2001 de tal manera que se le devuelva la responsabilidad de la ejecución de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades aseguradoras del Régimen Subsidiado, lo cual permite tener un responsable único de estas actividades permitiendo un desarrollo de este componente de la salud en forma integral y articulada.

#### **5.1.6. Prestación de Servicios de Salud**

A pesar de que la Ley 100 de 1993 ordenó la reestructuración de las entidades descentralizadas de prestación de servicios de salud y su transformación en empresas sociales de salud con el fin de adecuarlas al Sistema General de Seguridad en Salud, el proceso de descentralización definido por la Constitución Política y desarrollado mediante la Ley 60 de 1993, propició la creación no controlada de oferta de servicios, especialmente en los municipios más pequeños, pasando de aproximadamente 950 Instituciones Públicas de Prestación de Servicios de Salud en el 2001 a 1,200 en el 2004<sup>56</sup>. Esto, unido al incremento del recurso humano y al nombramiento de los directores de las ESE por el jefe de la respectiva entidad territorial ha producido, por una parte, duplicidades innecesarias con obvias consecuencias en la sostenibilidad financiera de las instituciones y por la otra, dificultades cuando se trata de instituciones prestadoras públicas de servicios de salud regionales, donde confluyen los intereses de más de una entidad territorial.

Las crisis del funcionamiento hospitalario aparecen cuando la entidad ha acumulado de manera progresiva un pasivo que es incapaz de financiar con su ingreso corriente, bien sea por tener unos costos fijos y elevados permanentes o por tener un insuficiente flujo de caja y/o de venta de servicios, o por ambos fenómenos de manera simultánea. Esto último es lo más frecuente y como resultado se produce un desequilibrio en su balanza de efectivo, que en muchos casos ha conducido, en los años recientes, al cierre total de servicios por periodos prolongados en algunas entidades hospitalarias públicas, lo que obliga a los usuarios a buscar otros prestadores a mayor costo o a no acceder a los servicios de salud.

---

<sup>56</sup> Fuente: Registro Especial de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social.

Las situaciones de crisis se hacen recurrentes en la medida en que se aplican medidas de rescate de los hospitales públicos, con dineros entregados directamente a las instituciones, acción que alivia las coyunturas financieras de cada periodo fiscal, pero que es considerada por muchos como “la peor señal estatal hacia la búsqueda de soluciones estructurales, y a la larga un incentivo a la ineficiencia”.

Diversos estudios señalan que la planeación, la organización y el funcionamiento de los prestadores de servicios de salud ha perdido el concepto de área de influencia espacio-poblacional; tampoco tiene en cuenta la accesibilidad de la población a los mismos, ni los factores geográficos, culturales, económicos, poblacionales y epidemiológicos que la condicionan; se ignora el objeto social en términos de satisfacer las necesidades de salud de la población, lo que se ha traducido en graves problemas de equidad en el ingreso a la prestación de los planes de beneficios y hace necesario la conformación de redes de prestación de servicios que garanticen a los usuario el derecho que les asiste.

En este sentido, la Ley 715 de 2001 determinó que el servicio de salud a nivel territorial deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadoras de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta.

#### ***5.1.7. Propósito del Proyecto***

Lograr que todos los ciudadanos colombianos estén asegurados al SGSSS y tengan acceso a los servicios de salud expresamente definidos en los Planes de Beneficios, garantizar el uso adecuado y eficiente de los recursos del Régimen Subsidiado, y fortalecer la ejecución armónica de las políticas, planes y proyectos de Salud Pública.

Para ello se propone ampliar la cobertura de aseguramiento para la población pobre mediante una redistribución de las actuales fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado, la destinación de parte de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones para Salud y la introducción de diferentes modalidades de subsidios a la demanda, reorganizar la estructura de financiamiento y contratación del Régimen Subsidiado, establecer principios y criterios de sostenibilidad financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, crear un plan de salud pública colectiva y devolverle la competencia de la totalidad de las acciones de promoción y prevención a las entidades responsables del aseguramiento.

### 5.1.8. Ampliación de Cobertura y la Búsqueda de la Universalización

Como ya se mencionó, es prioritario dirigir los esfuerzos de ampliación de cobertura por medio de subsidios a la demanda para la población pobre, que en la actualidad viene siendo identificada por medio del instrumento SISBEN. Se propone financiar la totalidad de la Unidad de Pago por Capitación Subsidiada (UPC-S) que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para las personas que hacen parte de las categorías 1 y 2 del SISBEN, y financiar una parte de dicha UPC-S para las personas en la categoría 3 del SISBEN exigiendo un aporte que cubra la diferencia con la UPC-S o la diferencia con el valor de la cotización mínima aplicable en el Régimen Contributivo para los trabajadores independientes.

Como se observa en la Tabla 3, se estima que aproximadamente 26 millones de personas pertenecen a las categorías SISBEN 1, 2 y 3. De éstas, 12,2 millones se encuentran en los niveles SISBEN 1 y 2, y 13,8 millones en el nivel SISBEN 3. Tomando en cuenta que según la encuesta aproximadamente 3,5 millones de personas de los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN están afiliadas al Régimen Contributivo, y que es importante mantener la afiliación de estas personas a dicho régimen, la población total elegible para subsidios ya sean totales o parciales podría ser de 22,6 millones de personas.

**Tabla 3 . Estimaciones de población elegible para subsidios**

Población por Categorías SISBEN	Número Estimado de Personas
A Población SISBEN 1 y 2	12.392.464
B Población SISBEN 3	13.805.132
C Total población SISBEN 1-3 (A+B)	26.197.596
D Población SISBEN 1, 2 y 3 afiliada al Régimen Contributivo	3.576.260
Población elegible subsidios (C-D)	22.621.336

Fuente: Estimaciones Ministerio de la Protección Social con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, DANE, 2003.

Como se observa en la Tabla 4, los cálculos de los recursos para subsidios a la demanda para el año 2004 indican que estos son aproximadamente \$2,75 billones de pesos, y los recursos para oferta en el año 2004 está alrededor de \$1,84 billones de pesos.

**Tabla 4. Fuentes de ingreso para la financiación del Régimen Subsidiado**

Fuentes	Recursos Proyectados a 2004
Punto de Solidaridad *	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional*	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar *	69.007.764.259
Rendimientos*	111.411.979.646
OTROS (excedentes, multas, reintegros)*	73.756.051.136
SGP Demanda**	1.622.704.581.818
Subtotal demanda	2.755.101.371.839
<b>RECURSOS OFERTA</b>	
SGP Oferta**	1.343.454.872.727
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	1.839.474.487.035
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>4.594.575.858.874</b>

Fuentes: \* Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Financiamiento, Presupuesto de Ingresos Vigencia 2003.

\*\* Documento CONPES Social, 13 de julio 2004.

El proyecto contempla incrementar los recursos disponibles para subsidios a la demanda transformando el 60% de los recursos de oferta del sistema general de participaciones, más un 2.81% que sustituye los recursos propios que los entes territoriales destinan actualmente a la financiación del régimen subsidiado, lo cual incrementa los recursos para subsidios a la demanda por SGP a \$2.4 billones de pesos, incrementando el total de recursos disponibles para subsidios a la demanda a \$3.63 billones de pesos, como se observa en la Tabla 5.

**Tabla 5. Incremento en los recursos para subsidio a la demanda generados por transformación del 62.81% del SGP de oferta**

RECURSOS SUBSIDIO DEMANDA	RECURSOS PROYECTADOS A DIC 2004
Punto de Cotización	624.597.623.726
Aporte del Presupuesto Nacional	253.623.371.254
Cajas de Compensación Familiar	69.007.764.259
Rendimientos	111.411.979.646
ETESA**	35.000.000.000
OTROS (excedentes, multas, reintegros)	73.756.051.136
SGP Demanda + 62.81% SGP oferta	2.466.528.587.378
Conpes 79 04 Demanda 12/12	1.622.704.581.818
SGP oferta (tr 62,81%*)	843.824.005.560
Subtotal demanda	3.633.925.377.399
<b>RECURSOS OFERTA</b>	
40% SGP Oferta	499.628.467.168
Rentas cedidas	496.019.614.308
Subtotal oferta	995.648.081.476
<b>TOTAL RECURSOS</b>	<b>4.629.573.458.875</b>

\* La destinación adicional de 2.81% proviene del esfuerzo territorial para la financiación del subsidio a la demanda que se propone sustituir con recursos del SGP

\*\* Estimación de la Dirección General de Financiamiento del MPS

Como se muestra en la Tabla 6, con estos recursos se podría afiliar a la totalidad de las personas en las categorías 1 y 2 de SISBEN con la UPC actual (\$192,344 pesos) y a las personas en la categoría SISBEN 3 no afiliadas al Régimen Contributivo subsidiando la suma de \$122.233 anuales y exigiendo un aporte per cápita anual de \$70.111 pesos o mensual de \$5.843 pesos.

**Tabla 6. Cálculos de recursos requeridos para subsidios totales y parciales población para cubrir población SISBEN 1, 2 y 3 no afiliada al Régimen Contributivo**

Supuestos		
A	Número de personas que recibiría el subsidio total (SISBEN 1 y 2 no afiliadas al Régimen Contributivo)	12.392.464
B	Valor en pesos UPC-S 2004	192.344
C	Recurso requerido para subsidios totales (A*B)	2.383.616.095.616
D	Recurso disponible para subsidios a la demanda después de transformar 62.81% de la oferta	3.633.925.377.399
E	Recurso disponible para subsidios parciales después de otorgar subsidios totales (D-C)*	1.250.309.281.783
F	Número de personas que recibiría el subsidio parcial (SISBEN 3 no afiliada al Contributivo)	10.228.873
G	Recurso per cápita disponible para subsidio parcial (E/F)	122.233
H	Aporte per cápita anual requerido para cubrir UPC-s (B-G)	70.111
I	Aporte mensual beneficiario subsidio parcial (H/12)	5.843

\* Incluyendo gastos de administración

Este esquema que se propone parte de la base de que prevalece el interés general sobre el particular y por tanto se va a hacer un esfuerzo para lograr el aseguramiento de la totalidad de la población en los servicios de salud que se considera son más costo-efectivos en términos de morbi-mortalidad.

#### ***5.1.9. Estrategias de la Administración de los Recursos del Régimen Subsidiado***

Para mejorar la gestión y eficiencia en el uso de los recursos que financian el Régimen Subsidiado se propone agrupar en un solo ente todos los recursos destinados al aseguramiento disponibles en cada entidad territorial. Para esto se crea un Fondo que a nombre de las entidades territoriales administrará los recursos del Nuevo Régimen Subsidiado, al cual confluyen los dineros que financian y cofinancian el citado régimen, tanto los que les pertenecen a las Entidades Territoriales (SGP) como del nivel nacional (FOSYGA). El fondo además se encarga de la contratación regional, de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado que sean seleccionadas por medio de la libre elección de los usuarios.

Con la creación del citado Fondo se mantiene el principio de descentralización que rige a partir de la Constitución Política de 1991,

puesto que en ningún momento se modifica la titularidad de los recursos de las Entidades Territoriales, como son los provenientes del Sistema General de Participaciones, sólo implica que estos le serán girados al Fondo y que la entidad territorial los ejecutará sin situación de fondos. Es decir, el proyecto se ajusta a las facultades que tiene el legislador para definir las competencias y los recursos que financian aquellas actividades que deben prestarse de manera descentralizada.

Por medio de este instrumento se logra lo siguiente:

1. Incrementar el pool financiero disponible, lo que permite una mejor distribución y equidad en la asignación de los recursos.
2. Incrementar el tamaño de los contratos por cada entidad aseguradora, lo cual mejora la eficiencia en el manejo del riesgo y disminuye los costos de administración.
3. Reducir el número de contratos para el aseguramiento de la población, con la consecuente disminución en los costos de transacción.
4. Agilizar la transferencia de recursos a las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
5. Brindarle transparencia a la contratación de las entidades aseguradoras del Nuevo Régimen Subsidiado.
6. Fortalecer el papel del usuario como gestor de la competencia por calidad entre aseguradores y prestadores de servicios de salud y como veedor del manejo eficiente de los recursos.

#### **5.1.10. Sostenibilidad Financiera de las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud**

En la Tabla 7 se muestra el cálculo del posible impacto sobre los recursos disponibles para subsidio a la oferta al transformar 62.81% de los recursos de oferta del Sistema General de Participaciones. En la fila A se calculan los recursos para oferta disponibles a Diciembre 2004 que incluyen la totalidad de los recursos de oferta de SGP, rentas cedidas, y 40% de los recursos para atender a la población afiliada actualmente al régimen subsidiado (UPC-s 2004 multiplicada por 11,8 millones de personas), correspondiendo estos últimos a la contratación obligatoria con la red pública. En la fila B se calculan los recursos para oferta disponibles para la red pública, que incluirían el 40% del SGP de oferta del 2004, las rentas cedidas y 50% de los recursos para subsidios a la demanda, ya que se propone una contratación obligatoria del 50% con la red pública.

Ambos escenarios sugieren que a nivel nacional no hay un cambio en los ingresos totales de la red pública, ya que la variación porcentual con transformación es de 1%.

**Tabla 7. Total ingresos red pública bajo escenario de universalización.**

Escenarios	Los recursos para oferta disponibles
A Ingresos red pública bajo situación actual a 2004: SGP oferta + rentas cedidas + 40% contratación UPC total subsidiado	2.870.862.849.190
B Ingresos red pública bajo escenarios de universalización: 40 SGP oferta + rentas cedidas + 50% contratación recursos subsidio demanda	2.812.610.770.175
Variación porcentual escenario/ recursos actuales (B/A)	1%

### 5.1.11. Sostenibilidad Financiera de las IPS Publicas

Este proyecto de ley se ve complementado por las actividades que en el marco de renovación y modernización de redes de prestación de servicios de salud deben adelantarse para generar escenarios de solución definitiva a las dificultades de los hospitales públicos. Para ello, el Gobierno considera que es necesario emprender acciones conjuntas por parte de los diferentes actores del sistema entre los que se incluyen obviamente las Instituciones Públicas Prestadoras de Servicios de Salud, las Entidades Territoriales y el Ministerio de la Protección Social. Estas acciones deben tener impacto a nivel de los hospitales y de la red hospitalaria por entidad territorial o por región.

Esas acciones se deben concretar en planes individuales de sostenibilidad financiera, acompañados de convenios de desempeño en los que se establezcan las condiciones financieras y de prestación de servicios, que garanticen la sostenibilidad institucional y el entorno de calidad para los usuarios. Se deben eliminar los sobrecostos operacionales y maximizar los ingresos por venta de servicios.

El seguimiento de estos planes estará a cargo del Ministerio de la Protección Social y se articularán con las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

### 5.2. EL PROYECTO DEL POLO DEMOCRÁTICO (098)

De los otros proyectos, vale la pena resaltar el 098 del Polo Democrático, por ser casi diametralmente opuesto al 052. Este proyecto plantea la reorganización del Sistema General de Seguridad Social en

Salud como el Nuevo Sistema Integral de Seguridad Social en salud. ¿En qué consiste el nuevo sistema integral de seguridad social en salud?

Con el fin de lograr avanzar significativamente en la garantía del derecho a la salud, según los referentes anteriores, se proponen los siguientes ejes para un nuevo sistema integrado de seguridad social en salud, SISESA, como se ha denominado en el presente proyecto de ley. Sus características generales son:

1. Es un modelo universalista, pues no condiciona el acceso a la capacidad de pago.
2. Es un sistema mixto que combina:
3. Financiamiento complementario público y privado (impuestos y aseguramiento)
4. Administración pública descentralizada
5. Prestadores públicos y privados
6. Integra curación con prevención, salud y riesgos profesionales, en una perspectiva amplia de la salud pública en territorios (salud de la población y responsabilidad pública) por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud complementada con otros bienes y servicios.
7. Promueve y fortalece el ejercicio de la ciudadanía.

Los aspectos más específicos que resumen el proyecto son los siguientes:

#### ***5.2.1. Rectoría nacional y territorial del sistema***

Consiste en retomar el papel del Estado nacional y de los entes territoriales en la orientación del sistema de salud hacia las necesidades de calidad de vida y salud de las poblaciones en los territorios. Esta rectoría se ejercería desde escenarios de concertación entre gobiernos, empresarios, trabajadores organizados, usuarios y prestadores de servicios de salud, definidos como consejos de seguridad social en salud, nacional y territoriales. Los entes de gobierno nacional y territorial de la salud ejercerían la dirección del sistema, con base en los acuerdos de los consejos. La orientación central de esta rectoría será la aproximación de las respuestas en salud a las necesidades sociales de las poblaciones, para superar las brechas y las inequidades acumuladas en materia de salud en el país.

### **5.2.2. Universalización del acceso a la salud**

El nuevo sistema adopta seriamente la estrategia de APS, con enfoque familiar y comunitario. Esta opción contribuirá a superar la fragmentación actual del sistema, integrará los servicios curativos y preventivos, los individuales y colectivos, para resolver hasta del 80% de los problemas de salud. En el proyecto se ha denominado “Atención Primaria Integral en Salud (APIS)”, para hacer énfasis en que no se trata del tradicional primer nivel de atención del actual sistema. La APIS será complementada con otros bienes y servicios denominados “Servicios de Medio y Alto Costo” (SEMAC), programas de control de enfermedades de interés en salud pública (CEISP) y con prestaciones económicas que pretenden proteger a las familias de los costos derivados de maternidad o de la incapacidad o la invalidez por enfermedad general, accidente de trabajo o enfermedad profesional.

La integralidad de la atención de las familias requiere una reorganización de los servicios de salud como redes de atención y redes de apoyo. Entre las primeras estarán la red de APIS, la de servicios especializados ambulatorios, la de hospitalización y la de urgencias. Las de apoyo serán la de diagnóstico, de servicios farmacéuticos, de rehabilitación y de vigilancia en salud.

La APS permite también organizar el papel del sector salud en la gestión pública transectorial. De esta forma, la APS se convierte en una puerta de entrada al sistema y, al mismo tiempo, en una respuesta efectiva a las necesidades de salud y calidad de vida de las poblaciones en sus territorios. Esta APS debe ser universal y de la misma calidad y oportunidad sin discriminación ni diferencias según la capacidad de pago de las personas, como se establece en el proyecto de ley.

### **5.2.3. Recuperación de programas verticales de salud pública**

Si bien la APS articula la prevención y la curación en territorios específicos, es necesario recuperar la estructura de programas verticales de carácter nacional para enfermedades prioritarias sobre las cuales existen formas conocidas de control. Este tipo de programas debe contar con recursos específicos y requieren dirección centralizada, con referente institucional del orden nacional, como el Instituto Nacional de Salud, pero también territorial en los departamentos, regiones y municipios.

#### **5.2.4. Un nuevo modelo de financiamiento que complementa impuestos con aseguramiento**

El aspecto central de la propuesta en materia de financiamiento consiste en que es posible lograr la universalidad del acceso a los servicios de salud según las necesidades con los recursos disponibles hoy en el país para la salud. Los 17 billones de gasto público y privado en salud en el año 2002 de las cuentas nacionales, a pesos de hoy significan, por lo menos, dos billones más. Esto sin contar los gastos en riesgos profesionales y prestaciones económicas. El cálculo de gasto total para incluir a toda la población colombiana al régimen contributivo, con base en la UPC de hoy, bordea los 16 billones de pesos. El asunto no es, entonces, de falta de recursos sino de reorganización y de destinación efectiva de los recursos en el logro de resultados en salud.

La reorganización del financiamiento consiste en integrar los recursos del aseguramiento con recursos fiscales del orden nacional en un Fondo Único de Seguridad Social en Salud (FUSESA). Este fondo cofinanciará la seguridad social en salud en los territorios, mediante los fondos territoriales de salud (FOTESA), a los cuales concurren los recursos fiscales de los entes territoriales. Este mecanismo de financiación permite construir una verdadera solidaridad entre ricos y pobres, entre generaciones, entre géneros, entre ocupados y desocupados, entre sanos y enfermos, como principio básico de la seguridad social.

Tanto el FUSESA como los FOTESA tendrán cuatro subcuentas que permiten la destinación específica para los distintos tipos de garantías en salud y riesgos profesionales; esto es, Atención Primaria Integral en Salud (APIS), Servicios de Medio y Alto Costo (SEMAC), Control de Enfermedades de Interés en Salud Pública (CEISP) y Prestaciones económicas en salud y riesgos profesionales (PRES).

Los FOTESA serán definidos según territorios de salud que no necesariamente coinciden con los municipios. Es claro que la capacidad de gestión de la mayoría de los municipios del país es escasa y que existen serios problemas de corrupción en buena parte de ellos. Por esta razón se han establecido cuatro grandes criterios para la definición de los territorios de salud por parte del nuevo Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Estos son: municipios mayores de 100.000 habitantes, que sólo son 53, según las proyecciones del DANE; asociaciones de municipios de menos de 100.000 habitantes, según división administrativa provincial o departamental, con el fin de propiciar capacidad de gestión, eficiencia y mejor respuesta a las necesidades de la población; asociaciones de municipios según regiones especiales de

interés en salud pública; y asociaciones de municipios que comparten particularidades étnicas especiales, como indígenas y afrodescendientes, y las entidades territoriales indígenas establecidas por la legislación actual.

Para mejorar el recaudo de las cotizaciones a la seguridad social, se propone crear una Central Única de Recaudo (CUR). Las cotizaciones seguirán siendo del 12% para los trabajadores formales, sean asalariados o contratistas, y del 4% para los trabajadores independientes sin contrato formal de trabajo, sobre la base de su declaración de ingresos, con el fin de estimular el aporte.

#### ***5.2.5. Una forma de administración descentralizada***

Los recursos de los fondos territoriales serán administrados, de manera descentralizada, por nuevas entidades denominadas “administradoras de fondos territoriales de seguridad social en salud” (AFOTESA). Las actuales secretarías de salud podrían convertirse en AFOTESA, según criterios claros y aprobación del CNSSS, así como las EPS públicas con capacidad de gestión territorial. Estas nuevas entidades se encargarán de contratar con las redes de servicios públicas y privadas, para lograr resultados en salud y disminuir progresivamente las inequidades en esta materia en la población de su territorio. Las formas de pago requieren una reglamentación especial, pues se trata de estimular a los prestadores hacia metas de rentabilidad social más que hacia el lucro.

#### ***5.2.6. Vigilancia y control descentralizado y con la gente***

Sin duda, uno de los principales problemas del actual sistema es la escasa capacidad de inspección, vigilancia y control del sistema por parte del Estado. Para fortalecer la descentralización es necesario profundizar la democratización. En este aspecto, la propuesta conserva la responsabilidad de los procesos de inspección, vigilancia y control relacionados con los servicios de salud y riesgos profesionales en la Superintendencia Nacional de Salud, pero define como criterio para su ejercicio el establecimiento de procesos de descentralización, con el apoyo de redes de controladores en los que se concrete la veeduría y el control social de la población en los territorios, tanto sobre el manejo de recursos como en el logro de metas de salud y de superación de inequidades.

Los aspectos de vigilancia en salud pública tienen requerimientos técnicos insoslayables, por lo cual exigen recursos específicos que serán manejados a través de la subcuenta para el control de enfermedades de interés en salud pública (CIESP). No obstante, la APIS permite

desarrollar mecanismos nuevos de participación social en salud que complementarían el esfuerzo técnico y fortalecerían la democratización de las decisiones en salud.

### ***5.2.7. Articulación con política de talento humano y de ciencia y tecnología en salud***

La nueva organización de los servicios y la perspectiva territorial requieren vínculos estables entre los trabajadores y profesionales de la salud y las familias y comunidades. Esto implica, de una parte, un componente de calidad y estabilidad del trabajo en salud por parte de todos los prestadores del sistema; y de otra, decisiones que afecten la formación de nuevos profesionales y trabajadores en salud y realicen un proceso de formación en el trabajo o de educación continuada que permita desarrollar las capacidades y habilidades (competencias) de los trabajadores y profesionales actualmente en servicio, como se propone en el proyecto.

Además, la política de salud debe ir acompañada de una política de investigación y desarrollo tecnológico que tenga en cuenta las especificidades territoriales en materia de salud y, al mismo tiempo, pueda conectar al país con la dinámica de la sociedad del conocimiento en un mundo globalizado.

### ***5.2.8. Un sistema integrado de información en salud***

El proyecto crea un nuevo sistema de información ordenado por la situación de calidad de vida y salud de las personas en los territorios específicos y no por las transacciones entre agentes de mercado. El sistema deberá organizarse desde una perspectiva pública, que permita la operación de las relaciones entre los agentes del sistema, pero también, el análisis y la transformación estratégica de la información para la toma de decisiones públicas, de cara a la ciudadanía.

## **5.3. EL PROYECTO 031 DE LA SUBCOMISIÓN ACCIDENTAL DEL CONGRESO**

La subcomisión está conformada por los Honorables congresistas: Rafael Pardo como Coordinador, Dilian Francisca Toro, Mauricio Pimiento Barrera, Jesús Bernal Amorocho, Dieb Nicolás Maloof, Eduardo Benítez, Bernardo Alejandro Guerra Hoyos, Jesús Enrique Piñacué, Mauricio Jaramillo y Gustavo Enrique Sosa.

El siguiente es el contenido temático de la reforma planteada:

La reforma al sistema de salud y su funcionamiento debe enmarcarse en el concepto de la salud pública, dotándola la Ley de los instrumentos conceptuales, políticos y operativos necesarios.

Es necesario garantizar la cobertura universal. El país no puede retroceder en el la garantía de un seguro que contenga los servicios básicos de salud bajo relaciones sociales modernas distintas de la caridad. Existen recursos considerables que permiten garantizar la cobertura universal

Se deben eliminar de forma definitiva los problemas que permiten ó inducen las demoras en el flujo de recursos y las conductas rentísticas improductivas.

Se debe simplificar el sistema de salud cerrándole el paso a la corrupción y las conductas especulativas con los dineros de la salud, garantizando que lleguen a su destinatario final que es la población colombiana.

Se debe garantizar todas las organizaciones e instituciones que participan del sistema de seguridad social cumplan adecuadamente sus roles, de una forma eficiente y especializada, dedicándose a la misión que les corresponde.

#### **El sistema de salud debe conducir a las calidad**

Proteger a las instituciones públicas y en general a las instituciones de la salud que los colombianos hemos construido con nuestro esfuerzo durante muchos años, de una forma progresista, mejorando su capacidad de gestión y desempeño

Principios que se harán realidad profundizando el aseguramiento, y consiguiendo la cobertura universal rápidamente. Objetivo que sólo puede lograrse con la participación constructiva de todas las instituciones del sector, resolviendo los problemas de tajo los problemas presentados. Medidas y objetivos so que se harán realidad con esta ley para hacer realidad los objetivos constitucionales metas son las siguientes

#### **Se ordena la cobertura universal.**

Todos los colombianos tendrán que estar afiliados al sistema de acuerdo con su capacidad de pago, de manera que aquello con capacidad de pago podrán autofinanciarla y quienes carezcan de recurso podrán obtener subsidios totales o parciales suficientes para obtener el plan de beneficios. Esta es una decisión fundamental que permitirá

Eliminar el clientelismo y la corrupción, porque nadie tendrá que pedir el “favor” de ser atendido:

Se eliminan el principal incentivo que hoy existe para el riesgo moral y la selección de riesgo

**Se lograrán mejores estándares de vida**

Se ampliarán los recursos para la salud, mejorando con ello el mercado disponible para los profesionales y técnicos de la salud y para los hospitales públicos

Se habilitan nuevas posibilidad de reordenación y modernización de los hospitales, públicos y privados

Se crean mecanismos ciertos y eficaces para asegurar a las poblaciones pobres y vulnerables migrantes, desplazadas o que por alguna razón de movilidad no vienen obteniendo el servicio a pesar de estar subsidiados

Se fortalece el aseguramiento y se crean verdaderas entidades aseguradoras, con la modernización y reestructuración de las ARS, la especialización de las EPS

Se prohíbe la integración vertical garantizando que las EPS se dediquen a los que deben hacer y que los hospitales puedan presentarse a la competencia con eficiencia, renovando sus inversiones

Se protegen los hospitales con la fijación de tarifas mínimas obligatorias, y con la prohibición de la integración vertical

Se crean mecanismos para proteger a los profesionales como los protocolos y la prohibición de la integración vertical y adicionalmente se fortalece el financiamiento del sector, medida que redundará en una mayor demanda de sus servicios

Se crea un nuevo plan de beneficios: Mas racional sin rupturas ilógicas para la continuidad d los servicios y de acuerdo con las necesidades de los colombianos, el perfil epidemiológico y la situación real de la oferta

Se establece la salud pública como el elemento principal que rige la salud y se dota a todas las instituciones de herramientas financieras operativas y técnicas para hacer planes programas y proyectos de una forma coherente. En vista de los siguientes

Se crea una subcuenta específica de salud pública, que concentra todos los recursos nacionales, complementados con los dineros de la UPC, que permitirán a cada nivel territorial cubrir las necesidades del país con una orientación estratégica y lógica

Se fortalece al INS y los laboratorios departamentales. El INS encabezará la salud pública como ente operativo y estratégico y el Ministerio de Protección Social desde la política de Salud pública

Se crean medida definitiva contra la corrupción, la cultura del no pago ya el embotellamiento de recursos.

Se fortalece la capacidad de vigilancia y control territorial, dándole capacidad de sanción a las secretarías departamentales y distritales.

Se crea la central única de recaudo que permitirá controlar los dineros que ingresan al régimen contributivo,

Se fortalece la superintendencia Nacional de Salud y se crea un mecanismo de elección transparente de las EPS que operen el régimen subsidiado

Se mejora el sistema de información con el registro único de recaudo,

Se crea una fiducia privada el FOCOS, como mayor capacidad de ejecución, que concentra la mayoría de los recursos de salud pública y régimen subsidiado eliminando todos los pasos y retenes innecesarios para los recurso

Se crea un fondo de garantías que protege a los prestadores y los acreedores de las EPS y EPS-s del riesgo de la quiebra, obligando a las instancia de vigilancia y al ejecutivo a extremar las medidas de vigilancia, protección y garantía financiera que deben tener estas entidades

Se especializan las tareas de los alcaldes los departamentos, los hospitales y de cada uno de los actores del sistema, de manera que este se desarrolle de una manera eficiente y

Medidas que deberán se complementadas con una revisión posterior del código sanitario   ley 9 de 1979, la discusión de una reforma estatutaria que permita establecer un plan obligatorio de salud universal integro y sobre todo viable, correspondiente con la capacidad y las necesidades de los colombianos.

#### 5.4. PROYECTO DE LEY 019

Radicado por los Honorables Congresistas, Luis Carlos Avellaneda, Bernardo Alejandro Guerra, Antonio Javier Peñalosa, Piedad Córdoba , Carlos Gaviria Díaz , Herminsul Sinisterra, Venus Albeiro Silva y Wilson Alfonso Borja.

Propone transformar el sistema General de Seguridad Social en salud, establecido en el libro segundo de la ley 100 de 1993, por el **Sistema de Seguridad Social en Salud Integral – SSSSI**, con el objetivo de cumplir

Julio Mario Orozco Africano

con los preceptos constitucionales consagrados en la Carta Magna, para lo cual se plantean las siguientes modificaciones con sus objetivos y estrategias:

#### **5.4.1. Salud Pública**

Teniendo en cuenta el incremento de enfermedades emergentes y reemergentes se hace necesario la formulación de un plan de salud público colectivo, cuya responsabilidad este a cargo del Estado, con ejecución principalmente por parte de la red pública de servicios de salud, debidamente articulado y financiado, por actores y fuentes claras de recursos, con cobertura universal, indiferente al tipo de régimen al que pertenezca el usuario y orientado a la obtención de resultados que modifiquen de manera positiva los perfiles epidemiológicos de los habitantes del territorio nacional. Para el cumplimiento de este objetivo se plantean las siguientes estrategias:

Transformar la subcuenta de promoción y prevención del FOSYGA en la denomina subcuenta de Salud Pública Colectiva

Financiar la mencionada subcuenta con aporte de las denominadas Entidades Administradoras de Salud – EAS, que operen el Régimen Contributivo y el Régimen Solidario.

Trasladar sin situación de fondos recursos de los municipios y departamentos, provenientes del SGP, destinados a Salud Pública, a la subcuenta de Salud Pública Colectiva del FOSYGA.

Incrementar los aportes por concepto de compra de armas de fuego, explosivos y municiones.

Trasladar por parte de las ARP el siete por ciento de sus recaudos totales a esta subcuenta.

Tomar como estrategia de intervención comunitaria y aplicación de estos recursos., un modelo de atención de equipos de salud familiar.

Transformar el INS, en una empresa industrial y comercial del Estado, con capacidad productora de medicamentos, biológicos, sueros, reactivos y demás elementos afines a su objeto social.

#### **5.4.2. Universalización de la cobertura**

El presente proyecto busca alcanzar la cobertura universal en salud para todos los habitantes del territorio nacional, sin ninguna clase de diferenciación por condición económica, social o de raza, mediante la

búsqueda de nuevas fuentes de recursos y la mejor aplicación de los existentes, para lo cual se plantean las siguientes estrategias:

Consolidación de todas las fuentes de recursos que financian el SSSSI, en las diferentes subcuentas del FOSYGA

Cambiar de un modelo de aseguramiento a un modelo de administración en salud

Transformar el Régimen Subsidiado en el Régimen Solidario.

Transformar las EPS y ARS, en Entidades Administradoras de Salud – EAS, cuya naturaleza es ser empresas sin ánimo de lucro, de origen público, privado o mixto.

Establecer un margen de administración, para las entidades que operen tanto en el Régimen Contributivo como en el Solidario.

Reingresar a las subcuentas de solidaridad o compensación, los recursos que las EAS que operen el Régimen Contributivo como el Solidario no inviertan en la prestación efectiva de servicios de salud.

Aplicar el principio de solidaridad a la Medicina Prepagada, planes complementarios y pólizas de salud, mediante aportes a la subcuenta de solidaridad.

Modificar las proporciones de los recursos para subsidios a la demanda y subsidios a la oferta del Sistema General de Participaciones, establecidos en los artículos 48 y 49 de la ley 715 de 2001.

Reducir la elusión y evasión y aumentar la afiliación al Régimen Contributivo, mediante la retención directa de los aportes de salud de los contratistas. Esta cotización que será del 12%, se distribuirá así: el 4% del valor contratado, por parte de las personas naturales y jurídicas contratistas, y el 8% restante a cargo del contratante.

Permitir la afiliación de los trabajadores de la economía informal desde un salario mínimo legal vigente de cotización, gracias a la solidaridad interna de la subcuenta de compensación.

Aumentar los aportes de las cajas de compensación familiar a la subcuenta de solidaridad.

#### ***5.4.3. Metas De Afiliación Al Régimen Contributivo***

Con base en las estrategias planteadas, las metas de afiliación para el Régimen Contributivo son las contenidas en el siguiente cuadro, las cuales fueron calculadas teniendo como base la UPC promedio de dicho régimen, establecida en el Acuerdo 259 del CNSSS, la densidad familiar

de 2.33 y el promedio salarial de 1.95 con el cual cotizan actualmente los afiliados, según estudio adelantado por la Fundación Corona en mayo de 2004.

**Tabla 8 Proyecciones de afiliación en Régimen Contributivo (Proyecto de ley 019)**

TIPO AFILIACION	COTIZANTES	BENEFICIARIOS	TOTAL AFILIADOS	VALOR UPC	COMPENSACION
Contributivo Actual	5.579.399	7.420.601	13.000.000	\$4.484.656.800.000	\$5.608.769.098.712
Contributivo Contratistas	1.480.687	1.969.314	3.450.001	\$1.190.159.164.931	\$1.488.481.336.368
Regímenes Especiales	549.589	730.953	1.280.542	N.A.	N.A.
Contributivo Economía Informal.	1.500.000	1.995.000	3.495.000	\$1.205.682.732.000	\$773.280.000.000
TOTALES	9.109.675	12.115.868	21.225.543	\$6.880.498.696.931	\$7.870.530.435.080

#### 5.4.4. Metas de afiliación del Régimen solidario y transitorio

Teniendo en cuenta el resultado proyectado de afiliados al Régimen Contributivo y partiendo de la base que la población Colombiana para el año 2005 se estima en 45 millones de habitantes y que por problemas de identificación un 10% de esta población no se podrá incorporar al Régimen Solidario de manera inmediata y que a esta se le atenderá el servicio de Urgencia como población transitoria a incorporarse al sistema; la meta de afiliación y su valor es la siguiente:

**Tabla 9 Metas de afiliación del Régimen Solidario (Proyecto de Ley 019)**

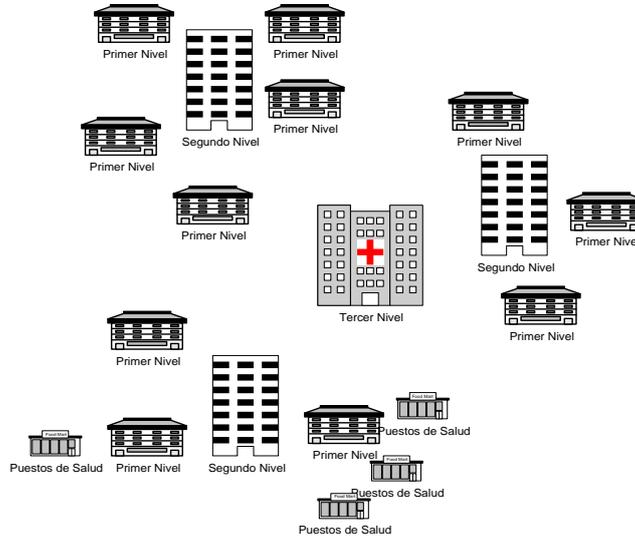
	AFILIADOS	VALOR UPC
RÉGIMEN SOLIDARIO	19.274.457	\$4.818.614.230.000
RÉGIMEN TRANSITORIO	4.500.000	\$180.000.000.000
TOTAL	23.774.457	\$4.998.614.230.000

#### 5.4.5. Prestación de los servicios de salud

Con el objetivo de lograr una optima y eficiente aplicación de los recursos físicos, humanos y financieros en la efectiva prestación de los servicios de salud, se plantea la integración de las actuales IPS's en las denominadas Redes Integradas de Servicios, con las cuales las EAS contratarán obligatoriamente el Plan de Atención Integral en Salud – PAIS-. De otra parte, para garantizar la digna contratación de estas redes al personal involucrado en la prestación del servicio se establecerá un salario mínimo profesional y un manual de tarifas, los cuales serán de obligatorio cumplimiento por parte de las diferentes entidades del SSSSI.

La siguiente gráfica muestra una propuesta modelo de dinámica de integración en Redes, de orden vertical, lo que permitiría el desarrollo de economías de escala, lográndose de esta forma obtener una mejor eficiencia en la aplicación y ejecución de los recursos, en la prestación de los servicios.

**Ilustración 4 Propuesta de modelo de integración de redes hospitalarias**



#### 5.4.6. Alto Costo

Teniendo en cuenta que la atención de las patologías de alto costo se ha convertido en un elemento desequilibrante financieramente, para algunos actores del sistema y que en algunas ocasiones ha llevado a prácticas de barreras de acceso para este tipo de pacientes, el presente proyecto propone la creación del Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades de Alto Costo – FEAC, como una quinta subcuenta, adscrita al FOSYGA cuya financiación estará dada por los siguientes recursos:

Un porcentaje de las UPC's del Régimen Contributivo

Un porcentaje de las UPC's del Régimen Solidario

Los rendimientos de estos recursos

#### 5.4.7. Vigilancia y control

Una de las principales falencias diagnosticadas en el sistema actual es la débil presencia de las instancias de Vigilancia y Control, lo que ha permitido el abuso por parte de algunos actores de sus posiciones dominantes, dentro del sistema, es por ello que se propone la creación de un Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del SSSSI, cuyo rector será la Superintendencia Nacional de Salud como órgano adscrito a la Presidencia de la República, con el fin de garantizarle un mayor grado de independencia y operando de manera descentralizada, mediante la creación de Direcciones Departamentales y desconcentración a nivel Municipal gracias al apoyo que deberán brindar las Secretarías de Salud Municipales, lo que permite el cumplimiento de su objetivo.

#### 5.4.8. Financiación Régimen Solidario

Los requerimientos de recursos calculados para la cobertura proyectada del Régimen Solidario se financiarán discriminadamente por las siguientes fuentes:

**Tabla 10 Propuesta de financiación del Régimen Solidario (Proyecto de Ley 019)**

FUENTES	VALORES
SOLIDARIDAD	\$655.877.536.257
Solidaridad Régimen Especial	\$73.084.482.417
Cajas de Compensación Familiar	\$135.044.000.000
PARPASSU	\$864.006.018.674
S.G.P.	\$1.553.152.000.000
Oferta Transformada	\$700.000.000.000
OFERTA	\$190.000.000.000
Contribución Medicina.Prepagada.	\$165.500.452.050
RENTAS PROPIAS TERRITORIALES	\$400.000.000.000
SOAT 30%	\$135.000.000.000
Devolución No Invertido en Salud por las EAS.	\$300.000.000.000
TOTAL	\$5.171.664.489.397

#### 5.4.9. Metas de cobertura esperadas

Con base en los cálculos estimados, la siguiente es la proyección de afiliación a lograr a 1 de enero de 2006.

**Tabla 11 Metas de cobertura esperadas (Proyecto de Ley 019)**

REGIMENES	AFILIADOS	VALOR UPC	P Y P (8%)	ALTO COSTO (24%)	ADMON (3% Y 5%)
RC ACTUAL	13.000.000	\$4.484.656.800.000	\$358.772.544.000	\$1.076.317.632.000	\$224.232.840.000
RC CONTRAT.	3.450.001	\$1.190.159.164.931	\$95.212.733.195	\$285.638.199.584	\$59.507.958.247
R. ESPECIALES	1.280.542	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
R. ECON. INF.	3.495.000	\$1.205.682.732.000	\$96.454.618.560	\$289.363.855.680	\$60.284.136.600
R. SOLIDARIO	19.274.457	\$4.818.614.230.000	\$385.489.138.400	\$1.156.467.415.200	\$144.558.426.900
R. TRANSITORIO	4.500.000	\$180.000.000.000	N.A.	N.A.	N.A.
TOTAL	45.000.000	\$11.879.112.926.931	\$935.929.034.155	\$2.807.787.102.464	\$488.583.361.747

#### 5.4.10. Operación modelo de salud pública colectiva

El costo del programa, personal requerido, número de equipos necesarios a nivel nacional para el desarrollo del programa de salud pública colectiva por el modelo familiar, será el siguiente:

**Tabla 12 Costo del programa de atención familiar (Proyecto de Ley 019)**

ATENCIÓN FAMILIAR	
Población	45.000.000
Familias por grupo	800
Personas por grupo	3.200
N° R.H por equipo	8
N° Equipos	14.063
Total R.H.	112.500
Valor promedio por equipo	\$130.000.000
Valor total	\$1.828.125.000.000

#### 5.4.11. Sistema De Información

Se propone la creación del Sistema Integrado de Información Nacional en Salud – SIINS, que operará bajo una sola plataforma tecnológica, a la cual se articularán módulos, cuyos responsables de cargue y obtención de información accederán a través de diferentes niveles de seguridad.

La responsabilidad en cuanto a administración y manejo de la información estará a cargo del Ministerio de la Protección Social, quien a su vez garantizará el financiamiento de los recursos necesarios para su implementación, especialmente en el sector público.

## 6. HACIA DÓNDE HAY QUE APUNTAR (EL DEBER SER)

Para resolver este interrogante, se organizaron ocho mesas de trabajo que analizaran desde diversas ópticas la problemática del Sistema General de Seguridad Social en Salud y comparara las propuestas de reforma con los compromisos adquiridos por Colombia ante los organismos sanitarios internacionales.

Cada mesa de trabajo hizo ciertos planteamientos que se resolverían a la luz de las directrices y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la CEPAL, el Banco Mundial, el BID y otras entidades nacionales como Fedesarrollo, Cendex, Fundación Corona, el Centro de Investigaciones de la universidad Nacional e investigadores de la Universidad del Norte.

### 6.1. PLANTEAMIENTOS DE LAS MESAS DE TRABAJO

Los planteamientos para cada mesa fueron los siguientes:

#### **6.1.1. Mesa de trabajo n° 1. Viabilidad jurídica, modulación, regulación, Inspección, Vigilancia y Control del sistema**

**Objetivo:** examinar la viabilidad jurídica de los proyectos de ley en cuanto a su contenido y trámite. Examinar los ajustes a las competencias de dirección, inspección, vigilancia y control del orden nacional, departamental, distrital y municipal que plantean los proyectos de ley

Interrogantes que debe plantearse la mesa de trabajo:

¿son exequibles los proyectos de ley en su contenido?, ¿vulnera el articulado de alguna manera algún principio constitucional?

¿son exequibles los proyectos de ley en forma? (verificar fuente del proyecto, tipo de norma, exposición de motivos, plazos, trámite parlamentario, a la luz de la constitución política y la ley 5 de 1992)

¿fortalecen los proyectos la inspección, vigilancia y control del sistema?

¿simplifican su regulación o la hacen más compleja?

¿establece medidas para el control de la evasión y la elusión en el régimen contributivo?

<b>6.1.2. Mesa de trabajo n° 2. Financiación</b>
<p><b>Objetivo:</b> examinar la viabilidad financiera de la reforma planteada</p> <p>Interrogantes planteados por la mesa:</p> <p>¿se generan nuevas fuentes de financiación?</p> <p>¿mejorará el flujo de recursos el nuevo modelo planteado?</p> <p>¿es sostenible a largo plazo el esquema planteado? ¿se puede permitir colombia un incremento en el gasto en salud?</p>
<b>6.1.3. Mesa de trabajo n° 3. Salud pública, promoción y prevención</b>
<p><b>Objetivo:</b> examinar la viabilidad financiera de la reforma planteada</p> <p>Interrogantes planteados por la mesa:</p> <p>¿asume el Estado las funciones esenciales de salud pública?</p> <p>¿articula el modelo de seguridad social con el modelo de salud pública?</p> <p>¿establece medidas para garantizar el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención?</p>
<b>6.1.4. Mesa de trabajo n° 4. Calidad</b>
<p><b>Objetivo:</b> analizar las estrategias planteadas en los proyectos de ley para garantizar la calidad en la atención en salud</p> <p>Interrogantes planteados por la mesa:</p> <p>¿cómo se garantiza la calidad en la prestación de los servicios de salud?</p> <p>¿se encuentra preparado el país ante la crisis hospitalaria para implementar sistemas obligatorios de garantía de calidad de los servicios?</p> <p>¿cómo pudiera conciliarse las metas de calidad con las graves deficiencias de infraestructura física, dotación tecnológica y mala distribución de recurso humano en salud?</p> <p>¿cómo garantizar atributos de calidad como: oportunidad, acceso a los servicios, eficiencia, racionalidad técnico científica y pertinencia?</p>

**6.1.5. Mesa de trabajo n° 5. Aseguramiento**

**Objetivo:** examinar la viabilidad financiera de la reforma planteada

Interrogantes planteados por la mesa:

¿cómo garantizar la universalidad en el aseguramiento?

¿deberían unificarse todos los regímenes exceptuados o especiales dentro del sistema general de seguridad social en salud?

¿qué mecanismos proponen los proyectos para el aseguramiento de la población con capacidad parcial de pago?

¿cómo garantizar que el seguro de salud permita realmente acceso a los servicios?

¿cómo trascender de la simple administración de recursos hacia el verdadero aseguramiento de riesgos epidemiológicos?

**6.1.6. Mesa de trabajo n°6. Provisión de servicios de salud y recurso humano en salud**

**Objetivo:** examinar si los proyectos de ley establecen los mecanismos y disposiciones para garantizar el acceso a los servicios con equidad a todos los colombianos

Interrogantes planteados por la mesa:

¿se concibe la prestación de servicios a través de redes integradas de prestadores que se complementen?

¿existe una autoridad definida de regular el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes?

¿se concibe el diagnóstico, planeación y regulación del rrhh en salud como herramienta para mejorar el acceso a los servicios y lograr la equidad?

¿se conciben mecanismos de integración de red pública y privada de prestadores?

<p><b>6.1.7. Mesa de trabajo n° 7. Sistema de información en salud</b></p> <p><b>Objetivo:</b> examinar si se concibe la idea de una sistema único de información de carácter obligatorio, que permita:</p> <p>Mantener actualizado el diagnóstico de salud pública</p> <p>Ejercer acciones vigilancia epidemiológica</p> <p>Mejorar el acceso a los servicios</p> <p>Controlar la evasión y elusión</p> <p>Contar con un diagnóstico de la calidad de la atención en salud</p> <p>Interrogantes planteados por la mesa:</p> <p>¿se plantea un sistema de información para mantener actualizado el diagnóstico de salud pública?</p> <p>¿permite el sistema planteado ejercer acciones vigilancia epidemiológica?</p> <p>¿permite el sistema planteado mejorar el acceso a los servicios?</p> <p>¿permite el sistema planteado controlar la evasión y elusión?</p>
<p><b>6.1.8. Mesa de trabajo n° 8. Participación social y comunitaria en salud</b></p> <p><b>Objetivo:</b> examinar si el sistema planteado fortalece o debilita la participación social y comunitaria en el diagnóstico de la salud, planeación de los servicios, vigilancia y control de los recursos del sistema</p> <p>Interrogantes planteados por la mesa:</p> <p>¿fortalece el sistema planteado la participación social y comunitaria en el diagnóstico y planeación del estado de salud de la población?</p> <p>¿fortalece el sistema planteado la participación social y comunitaria en la asignación de subsidios en salud?</p> <p>¿ fortalece el sistema planteado la participación social y comunitaria en la vigilancia y control de los recursos de salud?</p>

Cada mesa revisó el documento sobre Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP), de la OPS y analizaron los proyectos de ley a la luz de las siguientes recomendaciones:

- Fortalecimiento de la infraestructura y la práctica de la salud pública
- Afianzamiento de la función rectora de las autoridades sanitarias

- Función normativa
- Función fiscalizadora y de control
- Ampliación de la protección social en salud y garantía de acceso universal , independientemente de la capacidad de pago de las personas.
- Reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción y prevención.
- Mejoramiento de la calidad en la atención
- Diseño de una política de recurso humano en salud que sustente los ajustes al modelo.
- Los mercados laborales de salud
- Las asociaciones profesionales y sindicales
- La regulación del recurso humano
- Afianzamiento de los mecanismos solidarios y eficientes de asignación de recursos
- Fortalecimiento de la participación social en la planeación, evaluación y control de los servicios y recursos

## **6.2. RECOMENDACIONES PARA ORIENTAR LA ACUMULACIÓN DE PROYECTOS DE LEY**

### **6.2.1. Viabilidad Jurídica, Modulación, Regulación, IVC Del Sistema**

¿Son exequibles los proyectos de ley en su contenido?, ¿vulnera el articulado de alguna manera algún principio constitucional?

- El proyecto de ley que reforme la ley 715 de 2001 (ley orgánica de competencias y recursos) debe nacer de iniciativa gubernamental. Por lo tanto el eje de acumulación de proyectos o columna vertebral de la reforma debe ser el 052

La centralización de recursos del Sistema General de Participaciones en el FOCOS, debilita los municipios como ente territorial fundamental. Esta propuesta pudiera atentar contra los principios de autonomía territorial y descentralización.<sup>57</sup> No obstante la redacción parece camuflar

---

<sup>57</sup> El artículo 1 de la CP establece que Colombia es una república unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales.

el asunto al definir que los Alcaldes seguirán contratando a las ARS y que los recursos se “girarán” sin situación de fondos. Esperemos la opinión de la corte constitucional, pues la demanda de inconstitucionalidad no se hará esperar por parte de los alcaldes y COSESAM.

¿Son exequibles los proyectos de ley en forma? (Verificar fuente del proyecto, tipo de norma, exposición de motivos, plazos, trámite parlamentario, a la luz de la constitución política y la Ley 5 de 1992)

El trámite parlamentario que se le de al debate debe ser el propio de una ley orgánica, a menos que el proyecto final no reforme la Ley 715 de 2001. El proyecto de reforma a la Ley 100 de 1993 y la Ley 715 de 2001 debe nacer de iniciativa gubernamental.

¿Fortalecen Los Proyectos La Inspección, Vigilancia Y Control Del Sistema?

Aunque es bien sentida la necesidad de fortalecer los mecanismos de IVC, los proyectos de ley no otorgan a la Superintendencia Nacional de Salud la autonomía necesaria

El sistema de Inspección, vigilancia y control exige una amplia reformulación, sustentada en la funcionalidad de la Superintendencia Nacional de Salud la cual debe fortalecerse en el corto y mediano plazo. Por otra parte, algunas propuestas apuntan a la revisión del rol y conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, haciendo énfasis en el hecho de que sus integrantes estén por encima de los intereses particulares y cuya experiencia, conocimiento y cualificación profesional estén de acuerdo con la responsabilidad adquirida, al tiempo que den garantía sobre la calidad de las decisiones. A través de la revisión de tales propuestas pueden obtenerse alternativas que beneficien directamente la toma de decisiones en ese cuerpo colegiado, al tiempo que ofrezcan una gran transparencia y faciliten de alguna forma el accionar de los entes de control del Estado.

¿Simplifican Su Regulación o La Hacen Más Compleja?

El proyecto de ley que unifique a todas las propuestas debería alcanzar, hasta donde sea posible, un consenso entre las fuerzas de opinión del país para que no se convierta en una colcha de retazos a partir de la negociación política y no se dejen de lado los criterios técnicos en el diseño de la política pública sanitaria. Esta sería responsabilidad que recae sobre los hombros de la comisión séptima, requiere tanto madurez mental y política para dejar de lado los intereses particulares y permitir que el diseño del nuevo sistema se cimiente sobre consideraciones y argumentos técnicos.

¿Establece medidas para el control de la evasión y la elusión en el Régimen Contributivo?

Se requiere fortalecer el sistema de información<sup>58</sup> y crear una central única de recaudos, lo cual acabaría con el proceso de compensación de las EPS con el FOSYGA

### **6.2.2. Financiación**

¿Se generan nuevas fuentes de financiación?

Se debe continuar aplicando el principio de la solidaridad entre la población con capacidad de pago y la que no la posee, como herramienta para catapultar las coberturas de aseguramiento hacia la universalidad

Se debe hacer cumplir la norma del paripassu<sup>59</sup> o la del cuartipassu<sup>60</sup> antes de explorar medidas menos populares como gravar la nómina o incrementar la cotización en el Régimen Contributivo de Salud, sobre todo tomando en consideración las múltiples reformas tributarias recientes.

¿Mejorará el flujo de recursos el nuevo modelo planteado?

Existe una posición unificada al respecto en cuanto a reducir la cadena de intermediarios, no obstante existen posiciones encontradas en cuanto a qué eslabón de la cadena.

La eliminación de las ARS es técnicamente incompatible con la modalidad de subsidios a la demanda. Eliminar este eslabón representa o volver al viejo modelo o poner a los pobres a hacer fila y entregarles la UPC-S.

EL flujo de recursos no va a mejorar simplemente con normas. Mientras siga existiendo impunidad y un sistema débil de vigilancia y control las cuentas por pagar a las ARS e IPS seguirán creciendo.

---

<sup>58</sup> Se estima que el sistema de información en salud le costaría al país unos 500 millones de pesos, la tercera parte de lo que se pierde por evasión y elusión que asciende a un 36%, es decir 1,5 billones al año (Encuesta Nacional de Hogares 2000)

<sup>59</sup> Por cada peso que el Régimen Contributivo le aporte al Régimen Subsidiado, el Estado pondrá otro peso

<sup>60</sup> Por cada peso que el Régimen Contributivo le aporte al Régimen Subsidiado, el Estado pondrá 25 centavos

¿Es sostenible a largo plazo el esquema planteado? ¿se puede permitir Colombia un incremento en el gasto en salud?

En lugar de seguir incrementando el gasto total en salud, Colombia debe afinar las herramientas para implementar un sistema de cuentas nacionales de salud que arrojen datos confiables y hagan más eficiente el sistema.

Establecer a las EPS del Régimen Contributivo de Salud un gasto mínimo en salud hará más eficiente el sistema y se evitará que a largo plazo los costos sean insostenibles

Se debe recurrir a la solidaridad del Sistema General de Riesgos Profesionales y de los Regímenes exceptuados de ley para incrementar coberturas de aseguramiento en el Régimen Subsidiado de Salud.

### **6.2.3. Salud Pública, Promoción Y Prevención**

¿Asume el Estado las Funciones Esenciales de Salud Pública?

El Estado no está asumiendo las Funciones Esenciales en salud pública y debe hacerlo de manera eficiente mediante:

- Articular las funciones delegadas a las entidades aseguradoras
- Evitar duplicidades en las competencias asignadas a las entidades territoriales
- Centralizar la contratación y los recursos del PAB procurando reservar las competencias de acciones de alta externalidad a la nación.
- Fortalecer el Sistema de vigilancia epidemiológica
- Evaluar la eficacia del aseguramiento, no con indicadores econométricos ni financieros, sino con indicadores de impacto epidemiológico

¿Establece medidas para garantizar el cumplimiento de las acciones de Promoción y Prevención?

Prohibir la modalidad de contratación de estos servicios por capitación para las acciones de promoción y prevención. Se deberán pactar no solo metas de cobertura sino de impacto epidemiológico bajo una modalidad de contratación por presupuesto prospectivo.

#### **6.2.4. Calidad en la atención**

¿Cómo se garantiza la calidad en la prestación de los servicios de salud?

El sistema de habilitación de prestadores deberá garantizar que la visita de inspección se realice antes de iniciar la prestación de servicios

Los indicadores del sistema de inspección, vigilancia y control deben centrarse en:

Acceso a los servicios

Calidad de la atención

Impacto sobre las condiciones de salud

Desarrollo de un Sistema Nacional Único de identificación de usuarios.

Desarrollo del Ranking de administradores y prestadores de servicios.

Libertad de movilidad en forma inmediata entre las IPS de la Red de servicios asignada y de la EPS cuando esta incumpla con la red de servicios ofrecida.

Desarrollo urgente de los componentes del sistema de Garantía de la calidad:

Habilitación de IPS y EPS.

Acreditación de IPS y EPS.

Auditoria en Salud.

Sistema de Información al Usuario

Fortalecer la implementación del Sistema de Garantía de la Calidad en los diferentes actores del sistema.

Desarrollar la metodología para definir y mantener actualizado un manual único de tarifas con valores mínimos de referencia de obligatorio cumplimiento, sin afectar la estabilidad del sistema.

Redefinir los roles y competencias de la inspección, vigilancia y control en los diferentes niveles político administrativos, de manera que haya una respuesta efectiva a nivel territorial.

Desarrollar una política de recursos humanos que articule los diferentes actores que intervienen en la formación, ejercicio profesional, desempeño y ética profesional.

Desarrollar la metodología para definir y mantener actualizada la remuneración básica del personal de salud.

Desarrollar un sistema de estímulos e incentivos a la prestación de servicios con calidad.

Fomentar las buenas practicas en salud como elemento diferenciador en el mercado.

¿Se encuentra preparado el país ante la crisis hospitalaria para implementar sistemas obligatorios de garantía de calidad de los servicios?

Los hospitales públicos de áreas rurales o de difícil acceso son un “bien público” cuando constituyen la única oferta de servicios. El Estado deberá hacer énfasis en sanear primero estos hospitales antes que los urbanos.

¿Cómo pudiera conciliarse las metas de calidad con las graves deficiencias de infraestructura física, dotación tecnológica y mala distribución de recurso humano en salud?

Establecer planes de mejoramiento de infraestructura física y dotación para hospitales públicos.

Las IPS privadas que no cumplan se deberán cerrar

¿Cómo garantizar atributos de calidad como: oportunidad, acceso a los servicios, eficiencia, racionalidad técnico científica y pertinencia?

Prohibir la contratación por capitación para primer nivel

Instaurar la figura del defensor del usuario de manera obligatorio. Tal persona debe tener conocimiento médico para reducir la asimetría de información con el paciente.

#### **6.2.5. Aseguramiento**

¿Cómo garantizar la universalidad en el aseguramiento?

Hacer más eficiente el aseguramiento en el Régimen Contributivo de Salud, por medio de implementar el gasto mínimo en salud

Controlar la evasión y la elusión a través de la implementación de un adecuado sistema único de información y una central única de recaudo

Centralizar los recursos de subsidio a la demanda en un único fondo

¿Deberían unificarse todos los regímenes exceptuados o especiales dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Los regímenes exceptuados de ley contribuyen a la ineficiencia del sistema, pues en estos se agrupa una gran cantidad de cotizantes con altos salarios y baja densidad del núcleo familiar

La inclusión de estos regímenes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud incrementará los recursos de las sub-cuentas de compensación interna y de solidaridad del Fosyga

Por otro lado, la permanencia de los regímenes especiales incrementa la brecha de inequidad del sistema, considerando que los planes de beneficio permiten mayores garantías y coberturas de atención con unos costos per cápita que superan a los del Régimen Contributivo de Salud

¿Qué mecanismos proponen los proyectos para el aseguramiento de la población con capacidad parcial de pago?

La técnica de aseguramiento con subsidio parcial o la del microaseguramiento a través de la captación de la población de la economía informal a través de sus agremiaciones, ya sea que se les subsidie una parte de la cotización o se les establezcan paquetes diferenciales de atenciones en salud, parece ser la que mejores resultados ha dado en Latinoamérica

¿Cómo garantizar que el seguro de salud permita realmente acceso a los servicios?

No se debe partir de la premisa que afirma que la tenencia del carné de salud asegura el acceso a los servicios.

La gestión del aseguramiento deberá medirse por indicadores de acceso a los servicios, calidad en la atención y mejoría de las condiciones de salud de los afiliados. Los aseguradores que no logren estos tres aspectos son simples intermediarios y deben desaparecer.

¿Cómo trascender de la simple administración de recursos hacia el verdadero aseguramiento de riesgos epidemiológicos?

El aseguramiento en salud consiste en la delegación del riesgo epidemiológico. El asegurador no debe ser un simple comprador y dispensador de los servicios del POS.

Entre los estándares de habilitación de EPS y ARS se deberán incluir aspectos relacionados con el gerenciamiento del riesgo epidemiológico y la reducción de la carga de enfermedad de la población afiliada.

### **6.2.6. Provisión de servicios y recurso humano en salud**

¿Se concibe la prestación de servicios a través de redes integradas de prestadores que se complementen?

¿Existe una autoridad definida de regular el Sistema de Referencia y Contrarreferencia de pacientes?

Los servicios de salud se debe planear desde los departamentos y distritos, con la visión de redes de prestadores públicas y privadas que integren sus portafolios de servicios y se complementen de manera sinérgica a través de un Sistema de Referencia y Contrarreferencia articulado.

La evaluación de los hospitales públicos debe hacerse a la luz de unas necesidades de eficiencia económica pero también de las necesidades de eficiencia social. Toda entidad debe cumplir con los indicadores de eficiencia social, atención de población pobre y vulnerable, calidad, resultados en la situación de salud de la población, producción de servicios, etc., que le permitan el adecuado equilibrio financiero.

Las condiciones de eficiencia no fueron fortalecidas desde el principio de la reforma, por lo que no se propició una igualdad para la competencia dentro del modelo de pluralismo propuesto.

En muchos casos, los procesos de reestructuración adelantados surtieron buenos resultados, pero los sistemas de seguimiento fueron débiles ante el manejo político de estas instituciones, lo que en algunas ocasiones pudo “echar por la borda” lo que se había adelantado.

La reestructuración debe enfocarse a:

Pasivos prestacionales

Costos de adecuación de la planta de personal

Adecuación de infraestructura

Verificación de derechos de los usuarios y pagadores

El subsidio de oferta no es incentivo a la eficiencia y se observa una inadecuada distribución entre los hospitales de los diferentes niveles de complejidad.

Las contradicciones e inestabilidad normativas generan efectos adversos contra la eficiencia.

La regulación de la oferta debe ser una competencia departamental, que permita la articulación de la red.

¿Se concibe el diagnóstico, planeación y regulación del RRHH en salud como herramienta para mejorar el acceso a los servicios y lograr la equidad?

El Ministerio de la Protección Social deberá liderar el inventario nacional de prestadores de servicios y Recurso Humano en salud para poder planificar su producción y distribución por todo el territorio nacional

Se deben establecer incentivos salariales para profesional es de la salud en áreas rurales o de conflicto armado, para lograr una distribución más homogénea y reducir la concentración en las grandes ciudades.

#### **6.2.7. Sistema De Información En Salud**

¿Se plantea un sistema de Información para mantener actualizado el diagnóstico de salud pública?

- Se debe invertir recursos para el diseño e implementación de un sistema que permita:
  - o Ejercer acciones vigilancia epidemiológica
  - o Mejorar el acceso a los servicios
  - o Controlar la evasión y elusión

#### **6.2.8. Participación social y comunitaria en salud**

¿Fortalece el sistema planteado la participación social y comunitaria en el diagnóstico y planeación del estado de salud de la población, asignación de recursos y vigilancia de la calidad de los servicios?

- La participación social en salud en Colombia debe reglamentarse de manera más sencilla, que facilite el acceso a la información por parte de los usuarios del sistema y les permita “empoderarse” para el diagnóstico del estado de salud, el diseño de planes locales de salud, la elaboración de presupuestos, la evaluación del acceso a los servicios y la calidad de la atención, así como la vigilancia de los recursos del sector.

### **6.3. CONCLUSIONES**

Para concluir, recapitulemos en pocas palabras:

#### **6.3.1. Porqué se implementó la Ley 100 de 1993**

El sistema de salud Colombiano sólo lograba asegurar un 17% de la población

El sistema no contaba con cobertura familiar, o sea que el seguro sólo cubría al trabajador. Su familia accedía a las atenciones de salud a través de las clínicas de las Cajas de Compensación Familiar, las cuales aplicaban unas tarifas módicas

Las entidades aseguradoras aplicaban preexistencias, es decir que el afiliado debía renunciar a las prestaciones de salud para aquellas enfermedades existentes al momento de afiliarse

El acceso a los servicios de salud a través de seguros era reducido

Los pobres recibían servicios a través de Hospitales Públicos que se financiaban con transferencias de las Direcciones Departamentales de Salud

### **6.3.2. Lo que ha logrado la Ley 100 de 1993**

La cobertura en aseguramiento se ha incrementado a un 66% de la población (ver recuadro sobre coberturas de aseguramiento)

Se creó el Régimen Subsidiado de Salud a través del cual se garantizan las atenciones de salud a unos trece millones de Colombianos

Los recursos financieros para la salud han incrementado astronómicamente hasta alcanzar casi 10% del Producto Interno Bruto, es decir unos 18 billones de pesos.

Se han desarrollado varios planes de beneficio o paquetes de atención en salud para la población según su capacidad de pago (ver Recuadro sobre planes de Beneficio de Sistema General de Seguridad Social en Salud )

Se inició la implementación de un sistema de garantía de calidad para los servicios de salud

Se dio un viraje a la atención en salud de un enfoque curativo hacia uno preventivo

### **6.3.3. Los problemas que la Ley 100 de 1993 no ha solucionado**

La cobertura en aseguramiento no es universal a pesar de los casi 18 billones de pesos anuales del gasto en salud (unos \$395.000 por persona por año)

La intermediación o gastos de funcionamiento de las EPS del Régimen Contributivo de Salud cuesta al país unos 1,2 billones de pesos.

Los gastos de administración del Régimen Subsidiado de Salud cuestan unos 300 mil millones de pesos

La proliferación de Instituciones Prestadoras de Servicios de carácter privado (IPS) ha agudizado la crisis de los Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado E.S.E) y empeorado la situación laboral de los profesionales de la salud en materia salarial

El flujo de los recursos hacia las IPS es muy lento. (120 a 180 días)

Falta de eficiencia en el aseguramiento. Algunas aseguradoras se comportan como simples administradoras de recursos, sin impactar en la salud de la población afiliada

Se desarticularon las funciones de salud pública del sistema por el excesivo énfasis en asegurar la población, partiendo de la premisa de que toda persona con un carné de salud tiene garantizados los servicios

Las Direcciones Territoriales de Salud perdieron el liderazgo en temas como vacunación, control de enfermedades transmisibles, control de factores de riesgo y saneamiento ambiental

Las deficiencias del Sistema de Información permiten que se pierdan recursos por evasión y elusión.

#### **6.3.4. Lo que debería lograr la reforma**

No perdamos de vista el norte que nos demarca la carta magna (Eficiencia, Solidaridad y Universalidad). La reforma, por tanto, deberá:

- a. Garantizar la aplicación eficiente de los recursos, previniendo desvíos de dineros hacia particulares,
- b. Garantizar el acceso universal al aseguramiento de los colombianos
- c. Garantizar el acceso a las atenciones en salud con los atributos propios de la calidad (eficiencia, efectividad, oportunidad, continuidad, pertinencia, calidez, racionalidad técnico científica)
- d. Articular las funciones de aseguramiento en salud con las Funciones Esenciales de Salud Pública que deben ejercer las autoridades sanitarias del país
- e. Diseñar e implementar un sistema único y obligatorio de información para la protección social, que integre:
  - i. El control financiero de los recursos
  - ii. El control del estado de aseguramiento en salud
  - iii. Las cuentas nacionales de salud
  - iv. La salud pública y la vigilancia epidemiológica

- v. El monitoreo permanente de las condiciones sanitarias y el estado de salud de las personas
- f. Promover la investigación en salud pública e incrementar los recursos para tal fin
  - i. Articulando los planes de COLCIENCIAS a los planes de salud del orden nacional y territorial
  - ii. Articulando los esfuerzos de universidades, academias, colegios y sociedades científicas
- g. Fortalecer el sistema de inspección, vigilancia y control en salud por medio de:
  - i. Rediseñar una organización interna de tipo matricial más eficiente.
  - ii. Crear un sistema de Asistencia Técnica a los controladores territoriales, sociales e institucionales que fortalezca la descentralización de competencias, y
  - iii. Crear un sistema de Auditorías Externas con presencia del sector privado y de las Universidades.