

Nuevas bases jurídicas de la Reforma a la Seguridad Social en Colombia

Alba Lucía Vélez Arango

Profesora Titular, Secretaria Ejecutiva Programa de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Universidad de Caldas. Manizales Colombia

Resumen

Palabras clave

- seguridad social en salud
- regímenes
- planes de beneficio
- aspectos legales y reglamentario

El presente artículo hace un recuento del sistema de salud colombiano hasta llegar al nuevo sistema General de Seguridad Social en Salud regido por la ley 100/93, cuya aplicación significó un cambio radical en el modelo de prestación de servicios de salud en Colombia y, como todo nuevo proceso, ha sido objeto de críticas en diversos sentidos, al punto de poder afirmarse que pocas transformaciones

en Colombia han despertado tantas reacciones por parte de todo tipo de personas y de grupos. Es innegable que la puesta en marcha de un nuevo modelo en salud requiere seguimiento y evaluación continuos, de tal manera que se detecten en forma oportuna los puntos débiles y, por consiguiente, se establezcan los correctivos pertinentes. Se analizan los logros y dificultades del nuevo sistema, así como los intentos legislativos de reforma que se adelantan actualmente en el país.

Abstract

New Juridical bases of the Reformation to the Social Security in Colombia

The present paper gives a review from the Colombian health system toward the new general system of social security by the 100/93 law. The application of the 100 law of 1993 meant a radical change in the Colombian health medical services model and as a new process has been criticized at diverse point of view up to affirm that very few transformations in Colombia have awakened so many reactions from all kind of people and groups. It is undoubtedly that the carry-on of a new health model requires continued assessment and evaluation such as a way to detect the weak points at time and as a result, the appropriated solutions would be established. The success and the difficulties of the system are analyzed as well as the legislative approaches of the reform that are conducted at present in the country.

Key words

- health social security
- regimes
- benefitials plans
- legislation
- Medical Assistance

Correspondencia:

Facultad de Ciencias para la Salud
Carrera 25 No 4857. Manizales-Colombia.
E-mail: albalu@col2.telecom.com.co

I. Antecedentes

Para facilitar la comprensión de las circunstancias que rodearon la expedición de la nueva ley de seguridad social en Colombia, es necesario un recuento del proceso de organización del sistema para la prestación de los servicios de salud, hasta la expedición de la nueva ley.

El proceso de reordenamiento institucional y financiero del sector salud en Colombia ha estado precedido de una serie de acciones que podrían reseñarse dentro de dos momentos fundamentales:

Una primera época que inició desde finales del siglo XIX y se extendió hasta mediados del siglo XX; en esta etapa la acción del estado se redujo a la inspección y vigilancia en los procesos de educación, higiene y medio ambiente, relacionandos con las causas de enfermedad. La salud ocupó un espacio en las constituciones políticas de la época, como *salubridad pública* en la actividad industrial y profesional (1886) y como *asistencia pública* a los incapacitados para trabajar.¹

La segunda época que abarcó los años 60 y 80 del siglo XX correspondió al proceso de génesis, desarrollo y declinación del sistema nacional de salud. Con la creación e implementación del sistema, el sector salud consiguió un cierto equilibrio y definición legal e institucional. Entre sus aportes se destacan:

- a) Permitió un ordenamiento conceptual, técnico y administrativo del sector.
- b) Estableció diferencias entre la atención a las personas y la atención al ambiente: diseñó la atención a las personas por niveles y grados de complejidad articulados entre sí, por un sistema de referencia y contra-referencia de pacientes.
- c) Incorporó una serie de subsistemas que regulaban los diversos aspectos técnicos y administrativos.

- d) Las instituciones hospitalarias se conectaban al sistema; unas como adscritas de origen público y otras en calidad de vinculadas de origen privado.

A partir de 1990 comenzó en el país una profunda transformación en la concepción del papel del estado en la vida nacional, dando a las regiones y a los municipios una mayor participación en el proceso decisorio y especialmente en la implementación de las políticas sociales. Destacan en este periodo las siguientes normas:

Ley 10 de 1990 sentó las bases de la transformación del sector salud, descentralizando la administración de los servicios, dando fundamento legal a la constitución de los fondos locales de salud, refinanciando el sector y elevando la salud a la categoría de servicio público.

Constitución Política del País (1991) ratificó los principios y el espíritu de la ley 10, ordenó la consolidación del proceso de descentralización y le otorgó preeminencia a una serie de derechos sociales, entre los cuales destaca el derecho a la seguridad social.

Con fundamento en estos desarrollos normativos comenzó en el país una verdadera revolución en la concertación del papel del estado en la sociedad, en la distribución de responsabilidades y específicamente en la aplicación de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud sin antecedentes en el país. La aplicación del modelo buscó el logro de metas de cobertura universal, acceso a los servicios básicos, eficiencia del sistema y un nivel de calidad conforme a estándares preestablecidos.

Ley 60 de 1993 distribuyó las competencias y recursos entre las entidades nacionales y territoriales, definió el situado fiscal y su destinación por parte de los municipios en áreas prioritarias de inversión social. Con ella el sector salud se fortaleció porque incrementó los aportes y consolidó el proceso de reestructuración iniciado con la expedición de la ley 10/90.

II. Ley 100/1993

Ley 100 de 1993,² creó el *Sistema General de Seguridad Social en Salud* que reorganizó el sistema de prestación de servicios de salud del país, integrando la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Estableció un sistema universal de aseguramiento mediante el mecanismo de la competencia regulada, el cual buscó promover la eficacia y la calidad en la provisión de los servicios. Esta ley se fundamentó en los siguientes principios:

- Equidad: Garantía de acceso a los servicios de salud sin discriminación por capacidad de pago.
- Obligatoriedad: Asegura la prestación de servicios de salud para todos los habitantes del país.
- Protección integral: Contempla la educación, información, fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Libre escogencia: Libertad de los usuarios para escoger aseguradores y proveedores de servicios.
- Autonomía de las instituciones: Capacidad para poseer personalidad, autonomía administrativa y patrimonio independiente.
- Participación social: Participación de los usuarios en la organización y control de las diversas entidades.
- Concertación: Entendimiento entre los diversos agentes y los diferentes niveles.
- Calidad: Establecimiento de mecanismos para garantizar una calidad adecuada de los servicios.

Características del nuevo sistema de seguridad social en salud

- El sistema funciona bajo la modalidad de afiliación obligatoria de todo individuo a una Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual puede ser elegida libremente, mediante un pago (cotización que

proviene de un impuesto a la nómina o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público). Por medio de este pago, el individuo cotizante y su familia se hace acreedor a un plan de beneficios: El plan obligatorio de salud (POS).

- Las EPS pueden ser de naturaleza pública, privada o mixta; tienen como funciones afiliarse a las personas, recaudar las cotizaciones y organizar y administrar la prestación de los servicios comprendidos en el POS.
- Los servicios que requieren los afiliados son provistos directamente por Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) o bien a través de una red propia de proveedores o mediante el sistema de contratación con proveedores de insumos de la salud (personas naturales o jurídicas) quienes cumplen los requisitos legales para su funcionamiento y producen, suministran o distribuyen materiales, equipos y medicamentos necesarios para la prestación de servicios en los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- La ley confirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos, planteando una profunda organización del sector hospitalario público y creando la figura jurídica de Empresa Social del Estado (ESE), que constituye una categoría nueva y especial de entidad pública descentralizada con personalidad jurídica propia y autonomía administrativa.
- La administración y financiación del sistema se articulan bajo dos modalidades: el régimen contributivo y el régimen subsidiado; al primero accede aquel porcentaje poblacional con capacidad de pago o cotizante mediante un contrato de trabajo (servidores públicos, pensionados y los trabajadores independientes) y el segundo caracterizado por un subsidio (régimen subsidiado) al cual se vinculan las personas por la vía de la demanda y está constituido por el porcentaje de población con incapacidad económica para asumir el costo de los servicios de salud. La Ley también crea una categoría especial de *vinculados* caracterizada por la población que en el momento puede afiliarse al régimen contributivo o al subsidio.
- Con la implementación de la ley, todo colombiano participa del servicio público esencial de salud, unos en calidad de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros en forma temporal como participantes vinculados.
- Se establecen los siguientes planes de beneficios como derechos y garantías prestacionales y asistenciales:
 - a) El plan de atención básica en salud (PAB), es prestado gratuita y directamente por el estado o por particulares mediante contrato con el estado.
 - b) El plan obligatorio de salud (POS) financiado por empleadores y garantizado por la EPS.
 - c) El plan obligatorio de salud del régimen subsidiado (POS-s) que constituye el conjunto de servicios prestados mediante el otorgamiento de un subsidio que está a cargo de las empresas administradoras de este régimen (ARS).
 - d) Planes de atención complementaria en salud (PACs). Conjunto de servicios de salud contratados mediante un prepago que garantiza la atención en el momento de ser solicitada y que generalmente no están incluidos en el plan obligatorio de salud y garantiza además condiciones diferentes o adicionales de hotelería y tecnología.
 - e) Atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional (ATEP) la cual garantiza la aten-

ción en salud derivada de contingencias originadas en el ambiente laboral y se gerencia mediante las Administradoras de Riesgos profesionales (ARP).

- La dirección del sistema tiene la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional en desarrollo de la función interventora del servicio público de seguridad social.
- La oferta de servicios de salud, tiene características como: establecer paquetes de atención básica provistos por las diferentes entidades que deben enfatizar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el usuario tiene libertad para elegir y afiliarse a la EPS y a los ARS a través de las cuales se proveen los diferentes servicios de salud.
- Finalmente, la competencia que se da en el sistema no es en términos de precio, ya que el pago del usuario es independiente de la EPS elegida puesto que la unidad de pago por capitación es igual en todos los casos.

Espíritu de la nueva ley

Puede concretarse en los siguientes aspectos que orientan el nuevo sistema:

- 1) Cambia el sistema de subsidios a la oferta, vigente por mucho tiempo, y generalmente fundamentado en los presupuestos históricos de las entidades, al sistema de subsidios a la demanda, es decir, con base en el servicio prestado.
- 2) Sus principios rectores de universalidad, solidaridad y eficiencia, con el de integralidad, libre escogencia, equidad entre otros, replantean el mecanismo de prestación de servicios hasta entonces vigente. Establece un nuevo sistema de

mercadeo de la salud, de una modalidad cuasi monopólica, por parte de entes gubernamentales (nación, departamentos, municipios e Instituto de los Seguros Sociales) se abre a un abanico de oferentes de carácter público y privado que bajo el sistema de libre competencia deben posicionarse en el medio, para compatibilizar el margen de utilidades con la prestación oportuna, eficiente y eficaz de servicios de salud a sus usuarios.

- 3) Se establece un sistema de beneficios: 1) Plan de Atención Básica, 2) Plan Obligatorio de Salud, para el régimen contributivo y subsidiado y los 3) Planes Complementarios de Salud.
- 4) La función del estado en este sistema de salud se puede resumir en cinco puntos: ordenar, regular, informar, financiar y proveer los servicios. Por ordenar se entiende la acción de obligar a alguien a hacer algo y, generalmente a pagar por ello. Por regular se entiende determinar como deben conducirse las acciones de los agentes privados. La acción de informar se refiere a suministrar información que conduzca a inducir conductas de las personas o las instituciones, tratando de persuadirlas en algún sentido.
- 5) Se fijan reglas para el funcionamiento del sistema y el gobierno a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) que tiene la potestad de regular los siguientes elementos del sistema:
 - El monto de las cotizaciones y la proporción del subsidio a cargo de los empleadores.
 - Los mecanismos para focalizar los subsidios.
 - El valor del subsidio fiscal y de los subsidios cruzados.
 - El valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) y los mecanismos para ajustarla.

- El valor y funcionamiento de copagos y cuotas moderadoras.
 - El contenido del plan de beneficios.
 - El valor de las tarifas para atención de urgencias y de efectos catastróficos.
 - La entrada de los agentes al mercado (autorización de funcionamiento de las EPS, y acreditación y licenciamiento de proveedores de servicios, tanto institucionales como individuales).
 - Fijación de gastos operativos y parámetros de eficiencia de las EPS.
- 6) El funcionamiento del sistema es de la siguiente manera: afiliación obligada a un EPS para ser acreedor al POS. Los pagos de los afiliados pertenecen al FOSYGA, y por cada una de las personas afiliadas cada EPS recibe del FOSYGA una suma fija de dinero que cubre el costo promedio del POS; esta suma se denomina Unidad de pago por Capacitación (UPC).

Situación actual

Como logros y dificultades se pueden mencionar los siguientes:

Logros:³

1. La reforma a la seguridad social tiene seis años de expedida y cinco de haber iniciado su vigencia. Hoy pertenecen 25 millones de colombianos al Sistema General de Seguridad Social, de los cuales 8.5 millones son afiliados al régimen subsidiado y 16.6 millones al régimen contributivo. En el régimen contributivo, las 10 empresas promotoras de salud públicas, las 20 privadas y la mixta autorizadas poseen una capacidad total de aseguramiento de 21.6 millones de personas. Con respecto al nivel de cobertura de 1995 a la actualidad se incrementó en un 15% aproximadamente. Además de las EPS, exis-

ten 30 entidades adaptadas al Sistema, entre ellas cajas y fondos de previsión, y departamentos médicos, que a la fecha tienen afiliadas 342,739 personas. La mayor cobertura geográfica, la ofrecen las EPS públicas, con presencia en todo el territorio nacional. En la administración del Régimen Subsidiado, actualmente existen 236 Administradoras (ARS): 18 EPS, 49 Cajas de Compensación Familiar y 169 Empresas Solidarias de Salud (ESS) que, a diciembre de 1996, habían afiliado a 5.9 millones de personas que lo representan tres veces más colombianos *asegurados* frente a los que había antes de 1993. El aumento de cobertura no se enfoca solamente al crecimiento cuantitativo del sistema a expensas del número de afiliados, sino que involucra además, el desarrollo cualitativo de servicios de salud dentro de una dinámica de permanente actualización de los contenidos de los planes de beneficios, tanto de las actividades, procedimientos e intervenciones en salud, como de la revisión, ajuste y actualización de los medicamentos que el sistema determine esenciales para el adecuado manejo de las enfermedades predominantes en el perfil epidemiológico del país, y la garantía de calidad de los servicios.

2. Los recursos del sector salud se han incrementado en casi dos puntos del PIB, pasando su participación total de 8% a 10%, lo que representa \$ 2 mil millones de dólares más al sistema.
3. Aparición de nuevos actores, incluyendo más de 30 EPS públicas y privadas en el contributivo y más de 170 ARS en el subsidiado.
4. Se ha impulsado un creciente interés por evaluar y mejorar la calidad. El sistema de definición de requisitos esenciales, de garantía de calidad y mecanismos de acreditación de instituciones es un ejemplo.

5. Se evidenció una nueva concepción de la Seguridad Social en Salud que despertó en las instituciones la conciencia sobre la calidad de la atención para todos sus pacientes.
6. Se generó un ritmo de innovación institucional.
7. Asignación de recursos para acciones de promoción y prevención de la salud. (Subcuenta del fondo de solidaridad y garantía, Art 218 ley 100/93). Estas acciones han sido reglamentada mediante la Resolución 4288 y 3997/96, las cuales normatizan las acciones del plan de atención básica y las acciones de promoción y prevención que deben desarrollarse en el Plan Obligatorio de Salud.
8. Se ha creado en los ciudadanos una conciencia sobre sus derechos y deberes en el campo de la seguridad social y de la salud. Situación que debe ser mejorada a través de una divulgación e información constante a la población. Se han favorecido los mecanismos de participación ciudadana a través de diferentes instancias de representatividad creadas por la ley, entre ellas las veedurías comunitarias.
3. Incapacidad de regular la oferta.
4. Incapacidad de generar incentivos razonables para que la oferta aumente y mejore su equidad, lo cual ha conllevado una explosión de costos innecesaria, y segundo ha estado acompañado de una incertidumbre de manejo y reglas de juego que han conducido a una proliferación monumental de la corrupción.
5. Ha sido necesario realizar importantes ajustes a medida que avanza la implantación del régimen subsidiado, se han presentado dificultades en la operativización, y circunstancias excepcionales como la terminación unilateral de los contratos, creación de nuevos municipios, adopción de categorías diferente de los municipios, desplazamiento masivo de población, nulidad en el proceso de afiliación o traslado y dificultades en la localización de la población para su identificación y afiliación, inconvenientes de orden presupuestal en las entidades territoriales. Aspectos que han dificultado la garantía de accesibilidad al sistema de la población pobre y vulnerable.
6. El proceso de identificación de beneficiarios (Encuesta del Sisben) ha tenido dificultades, se requiere una evaluación del sistema de selección de beneficiarios y la focalización de subsidios en el régimen subsidiado, que ayude a identificar los problemas, causas y consecuencias que derivados de su manejo.
7. La cobertura de afiliación de la población al régimen subsidiado no ha sido la esperada y la atención de salud que presta el Sistema a los usuarios ha sido objeto de críticas e insatisfacciones.
8. Una gran dificultad en el sistema la constituye los altos índices de evasión.⁵ Esta evasión tiene dos componentes: El estatal (la ley 344/96 redujo en un 50% la cofinanciación de los recursos de salud para la población más pobre, y el ISS, lleva casi tres años sin compensar al FOSYGA; el segundo componente es el de los contribuyentes que evaden, mediante la subdeclaración de ingresos o la no afiliación y las EPS no ejercen control en este aspecto.
9. Otra dificultad, radica en el establecimiento de tarifas y formas de contratación. Si estas no se obtienen de manera concertada y negociada, se crean desequilibrios no soportables en el mediano y largo plazo.
10. No se han desarrollado las acciones de promoción y prevención en la forma esperada por parte de las entidades encargadas de su ejecución.
11. En los proveedores de medicamentos e insumos hospitalarios, los problemas más relevantes tienen que ver con la especulación en los precios de insumos y el pago de comisiones a funcionarios de las IPS y EPS.
12. Por parte de los usuarios se han generado prácticas irregulares y corruptas tales como: simulación de falsas condiciones de hacinamiento y pobreza que alteran la clasificación del Sisben, negación de alguna vinculación laboral, uso fraudulento de cartillas para acceso a los servicios; el ingreso al sistema solamente cuando se requiere de una intervención en salud y el egreso una vez concluido el proceso de atención; el ingreso o cambio de EPS, cuando se presentan enfermedades catastróficas o de alto costo.

Dificultades

1. Ausencia de reglas de juego coherentes por parte del Estado. Por ejemplo la inconsistencia en la fijación de la UPC y de las tarifas, y su débil seguimiento técnico, han llevado a un rezago de 53%⁴ con respecto a su valor inicial, lesionando severamente la posibilidad de una negociación justa entre IPS y EPS y favoreciendo la creación de monopolios inconvenientes.
2. Se observa una intención de obstaculizar la competencia del sector privado en el aseguramiento de los más pobres, forzando el régimen subsidiado a depender del monopolio público basado en los ineficientes subsidios a la oferta.

Nuevos instrumentos jurídicos

Sin duda con lo planteado hasta el momento se tiene un panorama general de la forma en que se ha implementado el nuevo sistema. Una de sus mayores críticas se fundamenta en su complejidad técnica y en la mul-

tiplicidad de acuerdos, leyes, decretos, resoluciones, circulares y en general disposiciones expedidas por los organismos de dirección, que han tornado confusa su aplicación por la diversidad normativa, sus vacíos y algunas veces las contradicciones entre unas y otras.

¿Cuáles serían entonces las nuevas bases jurídicas en este proceso?

A nivel legislativo se plantean modificaciones de tipo legal y reglamentario; se destacan algunos proyectos que cursan actualmente en el congreso de Colombia, a saber:

- Proyecto de Ley Estatutaria por medio del cual se fijan las reglas y se adoptan los principios, derechos y deberes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Este proyecto tiende a regular las características y los fundamentos del servicio público esencial en materia de salud, para los habitantes del territorio nacional con el fin de armonizar sus disposiciones con la jurisprudencia de la Corte Constitucional en materia de seguridad social en salud, y desarrollar las obligaciones del Estado y el ejercicio de los derechos en materia de salud, con la prevalencia del interés general sobre el particular. El proyecto propone la adopción de principios, deberes y derechos que deben regir el nuevo sistema de salud, plantea en este sentido hacer una diferenciación del derecho a la salud como derecho fundamental derivado y como derecho prestacional, esta última característica de importancia en la situación generada por los fallos de las altas Cortes que en varias ocasiones han exigido el otorgamiento de prestaciones asistenciales y económicas más allá de las contempladas en el POS. Este
- proyecto tiene fundamento en desarrollos jurisprudenciales y doctrinales generados a partir de la Constitución Política de Colombia de 1991, se destacan los siguientes:
 - El concepto de seguridad social hace referencia al conjunto de medios de protección institucional frente a los riesgos que atentan contra la capacidad y oportunidad de los individuos y sus familias para generar los ingresos suficientes en orden a una subsistencia digna. (*Sentencia T-116-93. MP. Hernando Herrera Vergara*).
 - *La Seguridad Social es simultáneamente un servicio público y un derecho de las personas* (*Sentencia C-134-93 MP. Alejandro Martínez Caballero*), y como servicio público "es dirigido, controlado y coordinado por el estado para salvaguardar la vida, la dignidad humana, la integridad física o moral, contra toda clase de adversidades que pongan en peligro el desenvolvimiento de la vida individual y social, por cuanto su gran misión es combatir las penurias económicas y sociales y las desventajas de diversos sectores, grupos o personas de la colectividad, prestándoles asistencia y protección. La institución de dicho servicio encuentra además, soporte en el artículo 13 de la Constitución Pública que le impone al estado la obligación de proteger especialmente a aquellas personas que por sus condiciones económicas, físicas o mentales, se encuentran en circunstancias de debilidad manifiesta". (*Sentencia T-144-95 M.P. Antonio Barrera Carbonell*).
 - Con el fin de dar cumplimiento a los artículos 44, 46, 47, 48 y 49 de la Constitución, el estado estableció el Sistema General de Seguridad So-
- cial en Salud mediante la ley 100 de 1993, en atención a que la Carta le otorgó poderes al legislador "...para diseñar el sistema o los sistemas de seguridad social que mejor se adecuen a las finalidades que ésta debe cumplir dentro del Estado Social de Derecho, y para disponer que se extienda de manera progresiva, cuantitativa y cualitativamente." (*Sentencia C-560-96 M.P. Antonio Barrera Carbonell*).
- Si se parte de la base de que la seguridad social se ubica dentro de los principios constitucionales de la igualdad material y el Estado social de derecho, se entiende que las reglas expresadas en leyes, decretos, resoluciones y acuerdos no están para restringir el derecho (salvo que limitaciones legales no afecten el núcleo esencial del derecho), sino para el desarrollo normativo orientado hacia la optimización del mismo, a fin de que esos derechos constitucionales sean eficientes en gran medida. (*Sentencia SU-480-97 MP Alejandro Martínez C.*)
- El derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos prestacionales propiamente dichos que para su efectividad requieren normas presupuestales, procedimiento y organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del sistema. (*Sentencia SU-480-97 MP Alejandro Martínez C.*).

Puede concluirse en este sentido, que este proyecto busca un equilibrio entre los derechos de un individuo y los de la colectividad. Obligando entonces al Estado a hacer una ponderación entre lo que puede ofrecer a un individuo y lo que podría ofrecer en el futuro a otros, puesto que el proceso económico no permite que se ignore el concepto del costo de oportunidad que coloca en la balanza las necesida-

des reales y necesidades potenciales que procuran una protección más eficaz de estos derechos para el resto de la sociedad.

Proyecto de Ley 129 por el medio del cual se introducen modificaciones a la Ley 100/93⁷

Este proyecto propone modificar los contenidos del plan de atención básica e incluir las enfermedades de transmisión sexual, así como patologías cuya incidencia ha aumentado en el marco del sistema actual, se asignan responsabilidades al Ministerio de Salud y a las secretarías de salud territoriales (departamentos y municipios), estableciendo como fuente de financiación recursos del Ministerio de Salud y de la Subcuenta de Promoción y Prevención del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

Este proyecto plantea también que la relación médico/paciente, debe operar con base en el respeto de la autonomía profesional y prohíbe constreñir el criterio médico, coartar la solicitud de exámenes, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o limitar el ejercicio de la prescripción de medicamentos establecidos en el manual de medicamentos del SGSSS (Acuerdo 83 de diciembre 23 de 1997).⁸ Así mismo, plantea la necesidad de otorgar al paciente durante la consulta el tiempo suficiente para hacer una evaluación adecuada.

Proyecto de ley por el cual se establecen normas que regulan la protección de la salud pública

Es de notar que una de las fallas detectadas en la Ley 100/93 es la falta de claridad sobre los diferentes organismos en las acciones de salud pública, situación que generó un aumento en la incidencia y prevalencia de patologías antes controladas y el surgimiento de nuevas morbilidades. Este proyecto regula la protección de la

salud pública como derecho esencial y colectivo, como bien de interés público, como deber de los particulares, finalidad fundamental y social del Estado y componente del orden público necesario para la convivencia ciudadana. Da claridad en los conceptos siguientes:

Salud como derecho esencial y como deber. Entendido como el conjunto de prerrogativas inherentes al ser humano que buscan garantizar un estado de bienestar físico, psíquico y social básico para la vida y el desarrollo social, que implican una serie de deberes individuales y colectivos correlativos.

Salud Pública, como derecho y deber colectivo. Conjunto de prerrogativas inherentes a la sociedad que buscan garantizar las condiciones básicas de su bienestar y el mejoramiento continuo de éstas y que a su vez implica una serie de deberes colectivos correlativos.

Salud como bien individual y como bien de interés público. Le asigna a la salud una conotación de valor patrimonial bien sea del individuo o de la sociedad, cuyo goce favorece el desarrollo humano y económico, mejora las opciones laborales, intelectuales, físicas, emocionales del ser humano, de la familia y de la sociedad y por lo tanto las oportunidades de bienestar presentes y de las generaciones futuras.

Salud como finalidad fundamental estatal. Asigna al Estado la salud como finalidad fundamental determinada por la actividad de éste en la solución de las necesidades insatisfechas en salud y plantea la prioridad de asignar el gasto público para salud sobre cualquier otra asignación.

Como objetivos de este proyecto se destacan:

1. Facilitar el cumplimiento del objetivo fundamental y social de la actividad del Estado, para la protección de la salud pública.

2. Establecer normas que contribuyan a garantizar la salud como derecho individual esencial y colectivo; bien de interés público y fundamento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
3. Establecer las normas básicas para la garantía de la salud pública.
4. Proveer una base normativa y conceptual que regule los sectores del desarrollo en la protección de la salud pública.
5. Integrar funcionalmente la salud pública a los planes generales de desarrollo y de ordenamiento territorial.
6. Facilitar la integración del país con la comunidad internacional en materia de protección de la salud pública.
7. Facilitar el desarrollo de un modelo de salud que trascienda lo curativo y haga énfasis en el fomento, la protección y la promoción de la salud.
8. Modernizar la legislación que regula la salud pública de manera que el cumplimiento de las normas se genere por el compromiso de todos los actores, de manera dinámica, permanente e integrada a un sistema de gestión y control.

Reforma, contrarreforma y/o ajustes a la ley 100/93

Con lo expuesto es claro que la implementación de la nueva ley ha generado un proceso de ajustes, modificaciones e incluso cambios radicales en el modelo de prestación de servicios que lo antecedía. Como en todo proceso hay puntos positivos y negativos, y en tal sentido las diferentes corrientes de reforma, contrarreforma o ajustes propugnan porque es necesario abordar cambios sustentados en los siguientes aspectos:⁹

- Articular la seguridad social a otros componentes sociales como la educación, las políticas de empleo y vivienda.

- Propiciar mecanismos de participación social en la seguridad social que respondan a las nuevas concepciones de participación democrática vigentes a partir de la Constitución Política de 1991.
- Propiciar en la población colombiana, la generación de una cultura de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad que privilegie los ambientes sanos y los estilos de vida saludables.
- Propender por una articulación intersectorial e interinstitucional mediante la conformación de redes de servicios por niveles de complejidad.
- Asegurar un desarrollo armónico de las acciones de salud pública.
- Con respecto a la financiación, se sugiere eliminar la intermediación de ARS, función que podría ser asumida por las secretarías departamentales y municipales, así mismo, exigir al Estado que cumpla con sus aportes y proponer que se mantengan los subsidios a la oferta.
- Con respecto a los paquetes básicos de servicios se sugiere: ampliar el contenido del POS, recalcular el valor de la unidad de pago por capitación y otorgar un paquete de servicios similar para el régimen contributivo y para el régimen subsidiado.
- En relación con el aseguramiento se sugiere fortalecer y consolidar las ARS, optimizar las herramientas de gestión y aumentar el valor de la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado igualándola con la del régimen contributivo.
- En vigilancia y control es necesario reestructurar y fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud, crear un sistema de información ágil y efectivo y una mayor firmeza en la aplicación de la normatividad vigente para el ejercicio del control y la inspección por parte del Estado. La evasión del pago de aportes a la seguridad social es un punto que amerita un especial cuidado.
- En el tema de la prestación de los servicios de salud hay acuerdo sobre la necesidad de diseñar e implementar un sistema de garantía de calidad que busque optimizar los requisitos esenciales y el cumplimiento de estos. Se propone el fortalecimiento del sistema público de prestación de servicios, el rediseño del sistema de atención en salud en la red pública y el mejoramiento de la capacidad gerencial del talento humano al servicio de la seguridad social en salud.
- Es necesario establecer correctivos a una serie de prácticas perversas de las empresas prestadoras de servicios de salud con el usuario, tal es el caso de ofrecimiento de servicios al momento de la afiliación, que luego no se hacen realidad en caso de demandarse la efectividad de la libre elección por parte del usuario.
- Finalmente es prioritario una evaluación de los procesos adelantados hasta el momento, sus puntos débiles, sus fortalezas y establecer los ajustes y correctivos requeridos.

Puede afirmarse que el espíritu de la nueva ley es bueno, no se discute el beneficio de los principios de universalidad, equidad, integralidad, libre escogencia, pero es necesario reconsiderar algunos aspectos en procura del mejoramiento de los servicios de salud de la población colombiana y de un sistema más equitativo y de más accesibilidad. Experiencias como la colombiana con sus aciertos y equivocaciones sirven sin duda de referencia en las reformas que se implementan en otros países.

Abreviaturas y Acrónimos

EPS =	Empresa Promotora de Salud	PACS =	Planes de Atención Complementaria en Salud
POS =	Plan Obligatorio de Salud	ATEP =	Atención en Accidentes de trabajo y Enfermedad Profesional
IPS =	Instituciones Prestadoras de Servicios	ARS =	Administradora de Riesgo Profesional
ESE =	Empresa Social del Estado	CNSS =	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
FOSYGA =	Fondo de Solidaridad y Garantía	UPC =	Unidad de Pago por Capacitación
PAB =	Plan de Atención Básica en Salud	ESS =	Empresas Solidarias de Salud
POS-S =	Plan Obligatorio de Salud Subsidiado		

Referencias

1. Ministerio de Salud, República de Colombia. El Sector Salud en Colombia pasado, presente y futuro. Documento preparado para la Reunión Especial sobre reforma del salud. Washington D.C. 1995. p. 1
 2. República de Colombia. Ley 100, del 23 de diciembre de 1993. Creación del Sistema de Seguridad Social Integral y otras disposiciones. Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia. Bogotá D.C., Año CXXIX No. 41.148.40.
 3. Ministro de Salud. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 1998-1999; Santafé de Bogotá. p. 4-5.
 4. Gallardo HM. Cálculo de costos de la UPC. En Vía Salud Fundación Corona. Primer Trimestre 1998. Santafé de Bogotá.
 5. Consejo Directivo del Centro de Gestión Hospitalaria. ¿Cómo va la ley 100? En Vía Salud. Primer trimestre. Santafé de Bogotá. 1998. p. 4-5.
 6. Sanin J. Corrupción: de mal en peor. Revista Hospitalaria. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Santafé de Bogotá. Año 1(6); p. 8.
 7. República de Colombia. Proyecto de Ley Estatutaria por el cual se fijan las reglas y se adoptan los principios, derechos y deberes que rigen el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá. 1999.
 8. República de Colombia. Proyecto de ley por el cual se establecen normas que regulan la protección de la salud pública. Santafé de Bogotá. 1999.
 9. Londono JL. Se logró extender la cobertura, pero la mitad de la plata se desapareció. Revista Hospitalaria. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Santafé de Bogotá. Año 2 (7). p. 6-7.
-