

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**

**FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS**

**CARRERA DE CIENCIAS POLÍTICAS**

**TRABAJO DE LA PASANTÍA EN LA SUBSECRETARÍA GENERAL DE LA  
CÁMARA DE REPRESENTANTES**

**INFORME SOBRE LA REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA LEY 100 DE 1.993.**

**REALIZADO POR: DANIEL ALFONSO BARRAGÁN RONDEROS  
CÓDIGO DEL CARNET ESTUDIANTIL: 06-620974**

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE LA PASANTÍA  
PROFESOR: LUIS HUMBERTO HERNANDEZ RIVEROS**

**BOGOTÁ DC. DICIEMBRE DE 2.006**

## **AGRADECIMIENTOS**

Expreso mis agradecimientos a las personas que hicieron posible la realización de mi pasantía en la Cámara de Representantes, de la cual hago éste informe. Específicamente al Doctor en jurisprudencia JESUS ALFONSO RODRIGUEZ CAMARGO Subsecretario General de la Cámara de Representantes, quién me dio la oportunidad de tener esta valiosa experiencia en el Congreso.

Agradezco la colaboración de LILIANA MORA asesora del Representante a la Cámara EDUARDO BENITEZ MALDONADO, quién ayudó en la consecución del contenido de la nueva norma.

Expreso mi gratitud a la valiosa dirección que tuvo éste informe, por parte del profesor en Ciencias Políticas LUIS HUMBERTO HERNANDEZ RIVEROS.

Todos contribuyeron positivamente en mi formación personal y profesional.

## GLOSARIO

- ANDI: Asociación Nacional de Industriales.
- ARP: Aseguradora de Riesgos Profesionales.
- ARS: Aseguradora del Régimen Subsidiado (eliminada en la nueva ley).
- Cotización: Pago de las cuotas correspondientes a la seguridad social en salud o pensiones, por parte de los trabajadores y los empleadores.
- BM: Banco Mundial.
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo.
- CRES: Comisión de Regulación en Salud.
- ECV: Encuestas de Calidad de Vida.
- ECAT: Enfermedades Catastróficas de Alto Costo (SIDA, cáncer, deficiencia renal o hepática, entre otras graves o raras).
- EPS del régimen contributivo: Empresa Promotora de Salud.
- EPS del régimen subsidiado: Empresa Promotora de Salud del régimen subsidiado (definición aportada por la nueva ley, que reemplaza a las ARS).
- ESE: Empresa Social del Estado.
- FMI: Fondo Monetario Internacional.
- FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantías en Salud.
- INS: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Integración Vertical: La inversión que una empresa realiza dentro de su propio negocio, con lo que puede obtener un monopolio.
- IPS: Institución Prestadora de Salud.
- ISS: Instituto de Seguros Sociales.
- Neo-institucionalismo: Doctrina que va de la mano con el neoliberalismo y que surge de las instituciones supranacionales financieras (FMI, BM, BID), las cuales promueven reformas Estatales a nivel institucional, donde se pasa del antiguo modelo de Estado de bienestar al actual modelo estatal.
- PDA: Polo Democrático Alternativo.
- Oficialismo: Sector político a favor del gobierno. Actualmente lo componen los partidos: Conservador, de la U, Alas Equipo Colombia, Colombia Democrática, Cambio Radical y un sector del liberalismo.
- PIB: Producto Interno Bruto.
- POS: Plan Obligatorio de Salud.
- Posfordismo: Conocido como toyotismo. Modelo económico que reemplazó la producción en masa, por la producción justo a tiempo, que se realiza con trabajadores especializados, según el pedido del cliente de una mercancía.
- Régimen Contributivo: Integrado por los empleados afiliados al sistema de salud, quienes cotizan para la prestación del servicio.
- Régimen Subsidiado: Integrado por las personas que no poseen una fuente de recursos y que deben ser subsidiados por el Estado y los cotizantes, para obtener el servicio de salud.
- Régimen de Vinculados: Está integrado por los trabajadores por cuenta propia (independientes), o aquellas personas excluidas por el SISBEN (estratos 0;3;4).
- SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de los Programas Sociales.
- SGP: Sistema General de Participaciones.
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- SUPERSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.
- SALUDCOOP: Cooperativa de Salud. EPS privada.
- UT: Uniones Temporales (entre EPS o ARS).

## PRESENTACIÓN

Este informe trata la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, aprobada en la Cámara de Representantes el 5 de Diciembre de 2.006.

El informe contiene 6 capítulos conformados de la siguiente manera:

**1. Debate convocado por el Polo Democrático Alternativo para el análisis del sistema de salud.** El debate se produjo antes de la realización de la reforma. En éste se enfrentaron las diferentes posturas de: Las bancadas del Senado, el Ministro de Protección Social y la Viceministra de Hacienda.

Con la discusión entre estos actores políticos, quedó plasmada la situación que afronta el sistema de salud del país.

1.1. El resumen del debate está organizado en horas.

**2. Cuadro explicativo de la ley 100 de 1.993.**

**3. Análisis de las principales problemáticas del sistema de salud de la ley 100 de 1.993.** En este capítulo se analizará por problemáticas la situación que afronta el sistema de salud. Estas problemáticas son: Cobertura en Salud, Flujo de recursos financieros, inequidad del POS (Plan Obligatorio de Salud) del Régimen subsidiado frente al POS del régimen contributivo, prestación del servicio de salud, maltrato de los enfermos con ECAT (Enfermedades Catastróficas de Alto Costo), integración vertical y la complejidad de las normas que reglamentan la ley 100.

**4. Proceso de la reforma en el Congreso.** Explica el proceso de confrontación política que tuvo el proyecto de reforma en el Congreso.

Cabe decir, que un proyecto de ley necesita pasar por cuatro debates dentro de las Cámaras del Congreso para convertirse en ley. Así, el proyecto de la reforma, radicado cómo: 02 de la Cámara de Representantes y 40 del Senado de 2.006, tuvo sus dos primeros debates en las sesiones conjuntas de las comisiones séptimas de cámara y Senado, y los otros dos debates se realizaron en las plenarias de cada Cámara.

**5. Contenido de la reforma.** Con el objetivo de dar a conocer el contenido de la nueva ley, se hará un cuadro expositivo, donde se sintetizarán los artículos. Posteriormente, se explicarán las innovaciones y la universalización de la cobertura en salud que genera la nueva ley.

**6. Conclusiones.**

**7. Comentarios a las principales temáticas de la reforma.** Estos tendrán cómo base teórica, los principios de la justicia y la concepción de bienes primarios del “liberalismo político” de John Rawls. Además, con algunos argumentos de la doctrina neo-institucional y la explicación que produce Jeremy Rifkin sobre el posfordismo, se comentarán las temáticas de la universalización de la cobertura y la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

## **1. DEBATE CONVOCADO POR EL POLO DEMOCRÁTICO ALTERNATIVO PARA EL ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD.**

En las discusiones dadas en el debate que convocó el Polo Democrático Alternativo el 26 de septiembre de 2006, en el Senado de la República, se expuso la situación del sistema de salud en Colombia, el cual pasa por una grave crisis.

Crisis que según el Senador Moreno Rojas, ponente del debate, podría ser solucionada por una eficaz intervención del Estado. A continuación se presenta el resumen del debate.

### **1.1. RESUMEN DEL DEBATE: ORGANIZADO EN HORAS.**

Hora: 6:20 p.m. Comienza el debate convocado por el Partido Polo Democrático Alternativo (PDA), en el Senado de la República.

Expone la situación del sistema de salud, el Senador ponente del Debate, Señor Néstor Iván Moreno Rojas (PDA). Quién comienza por afirmar: “Se debería garantizar la cobertura total en seguridad social, para que el derecho a la salud, consagrado constitucionalmente, sea respetado”.

Luego se hace la invitación a que se observe un breve video que trata del tema. Este se titula: “Paciente o víctima”. En él se observan las deficiencias con las cuales se prestan los servicios de salud en el país. También se muestran algunas noticias (noticiero Caracol TV.) donde se conocen las condiciones en las que se da el servicio de salud y algunos casos de muertes de personas por falta de atención oportuna.

Una señora añade, que tuvo que recurrir a la tutela para que le dieran unos medicamentos, de lo contrario “no hubiera contado el cuento”. Otra señora afirma: “Sería formidable que una persona tan sólo con presentar su cédula de ciudadanía fuera atendida en cualquier entidad de salud”. Después de éste comentario se termina el video.

Hora: 6:50 p.m. Retoma su exposición el Senador Néstor Iván Moreno Rojas del Polo Democrático Alternativo, afirmando: "Desde la constitución de 1.991 se consagra el derecho a la salud en los artículos 48, 49 y 50. Pero esto ha cambiado en su concepto, por las reformas que han emergido desde el gobierno, cómo la ley 100 de 1.993, que crea el sistema general vigente de seguridad social.

Dice el senador Moreno: "Se prometía con la implementación de esta ley la cobertura universal en salud para el año 2.001, pero esto no se ha cumplido".

Declara: "La situación de la salud en Colombia se agravó con el surgimiento e imposición de la ley 715, con la cuál, se recortaron las transferencias para las regiones, en los recursos que se esperaban en salud y en educación". Además los principios que la ley 100 maneja, son los mismos que manejan las instituciones supranacionales financieras (FMI, BM, BID).

Compara el desarrollo que ha obtenido Colombia con la ley 100, frente al desarrollo de otros países, mostrando estas estadísticas de basadas en el PIB (Producto Interno Bruto) de cada país, y la inversión en salud que hacen. Como ejemplo de esto mostró la relación de gasto público en salud que hay en Colombia, en porcentaje de PIB, frente a la que genera Estados Unidos. Comprobando claramente, que existe una asimetría, de 7.6% de Colombia frente a un 15% de Estados Unidos, el cual, es el país que más recursos gasta en materia de seguridad social.

Afirma: "Hay una campaña desde la imposición de la ley 100 de 1.993, de fortalecer al sector privado y debilitar al sector público, dentro del sistema de salud". Esto lo corrobora dando como ejemplo el cierre de hospitales de la red pública.

Habla acerca del SISBEN y de los requerimientos que este exige en su reglamento para el acceso al servicio, donde por tener televisor, tener un hijo en bachillerato o estar viviendo en un estrato superior al dos, no se admite a las personas, sin importar sus necesidades. Acusa: "El instrumento del SISBEN no funcionó como se esperaba".

Dice: “Es una injusticia con el país, que una gran parte de los recursos para la seguridad social, se dirijan a las personas con mayor capacidad de pago.

Cuenta la cifra, del año 2.004, donde existieron 29 millones afiliados en salud, de los cuales, 14 millones eran del régimen contributivo y 15 millones correspondían al régimen subsidiado.

Cita la cifra de cobertura en salud, que presenta el oficialismo, la cual muestra, un ascenso del 62% al 87% de afiliados. Lo que al parecer del Senador Moreno, no corresponde a la realidad, porque se basa en el censo hecho recientemente por el gobierno nacional, donde se pasa de un estimado de 45 millones de habitantes a 41 millones de habitantes en sus resultados estadísticos. Además afirma: “El DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) es un instituto que es manipulado por el gobierno y presenta unas estadísticas inventadas”.

Pasa a explicar que la cobertura en medicamentos e intervenciones quirúrgicas, es desigual en el sistema de salud, porque se divide, en el POS (Plan Obligatorio de Salud) contributivo que cubre en el 100%, y el POS subsidiado, que cubre solo el 55%.

Habla de la inexistencia de un sistema de información contable dentro de los sistemas de salud de los regímenes especiales (Fuerzas Militares, Magisterio, ECOPETROL, entre otras entidades).

Hora: 7: 20 p.m. El Senador Moreno del PDA, expone una estadística que demuestra las posibilidades que una persona tiene de recibir atención en una entidad de salud, según el régimen en el que esté suscrito.

En la estadística aparecen, en porcentaje, las posibilidades de ser atendido dependiendo del régimen, así:

- Régimen especial: 82% de posibilidades de ser atendido.
- Régimen contributivo: 80% de posibilidades de ser atendido.
- Régimen subsidiado: 75% de posibilidades de ser atendido.
- Régimen vinculado: 52% de posibilidades de ser atendido.

También expone una estadística de las inequidades para la obtención de medicamentos:

- Régimen subsidiado: 75% no reciben medicamentos.
- Régimen vinculado: 97% no reciben medicamentos.

Dice el Senador: “El informe de la contraloría demuestra que la cobertura real en salud, se encuentra entre el 38% y el 55%”.

Pasa a hablar de la financiación que el sistema de salud posee, que se divide entre el 40% que va al sector público y el 60% que va al sector privado, del SGP (Sistema General de Participaciones). Afirma: “El gasto en el sector público es progresivo, mientras que el gasto en el sector privado es regresivo”.

Nombra al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantías), porque han aumentado sus recursos, pero tienen congelados 400 mil millones de pesos, para la promoción y prevención de la salud. Además hay 4.2 billones de pesos congelados que maneja el Ministerio de Hacienda y crédito público, con motivo de la política fiscal de austeridad.

Afirma el Senador Néstor Moreno: “Esta congelación frente a las necesidades de salud que posee el pueblo colombiano, es una completa injusticia”. Además dice que la política del gobierno en el sector de salud es simple: “debilitar el sector público y fortalecer el sector privado”.

Dice: “Existen constantes pronunciamientos anunciando la liquidación del seguro social, que ha hecho que muchos usuarios se vayan al sector privado, donde con cifras demuestra que desde 1.996 hasta el 2.006 el ISS perdió el 65% de sus usuarios”.

Hace referencia a la integración vertical, donde según él: “Existe un negocio redondo, en el cual las EPS pueden invertir en sus propias IPS”.

Expone: “El superávit de SALUDCOOP fue de 977 mil millones de pesos, la cual es una de las entidades de salud privada que más multada está y que menos cumple con las disposiciones de la ley 100”. De lo cual afirma: “Con

este presupuesto se podría afiliar a 4 millones de personas en el régimen subsidiado”.

Por otra parte, explica unas estadísticas de la salud en Colombia, donde se observa el aumento de enfermedades que han reaparecido y se creían controladas. De lo cual el Senador afirma: “Se está perdiendo la pelea de la salud pública en Colombia”. Cita el ejemplo del polio que en 1.996 era controlado en un 93% y que ahora en 2.006 está en el 81% su control; además afirma que ha aumentado la mortalidad y la morbilidad materno-infantil.

Explica que: “400 mil personas han tenido que recurrir a la tutela para pedir sus medicamentos, lo cual genera la malversación de recursos públicos, porque dichos medicamentos no los pagan las EPS (Empresas Promotoras de Salud) sino que las cuentas van a parar al FOSYGA, que es un fondo del Estado”.

Como último punto de su intervención, afirma que la solución no es reformar la ley 100, sino derogar la norma y crear una nueva ley.

Hora: 8:05 p.m. Intervención Viceministra de Hacienda y crédito público.

La Viceministra responde: “Con respecto al tema del FOSYGA al ministerio no le corresponde el manejo de los dineros congelados en esta entidad. En cuanto, a otros recursos que le corresponden al ministerio del mismo fondo, estos dineros se están dando a plazos, año por año, para invertirlos en el sector de la salud. Esta suma asciende a 1.3 billones de pesos”.

Hora: 8:15 p.m. Intervención del Ministro de Protección Social, Diego Palacios Betancourt. Dice: “Dentro de las estadísticas presentadas por el Senador Néstor Moreno existen ciertas incongruencias que deben ser aclaradas. Por ejemplo, el Sarampión fue declarado como controlado al interior del país. Además, el Senador proponente del debate cuando fue alcalde de Bucaramanga hizo una buena gestión, que se exalta en una excelente política de salud. Tanto así que fue a España a un foro para exponer su modelo efectivo de salud, que estaba de acuerdo a la ley 100”.

La respuesta del Senador Néstor Iván Moreno fue, que en efecto, él asistió al foro en España, pero nunca utilizó los recursos del gobierno nacional, y tampoco utilizó los parámetros de la ley 100 para implementar la política.

Retoma su discurso el Ministro, defendiendo la reforma a la ley 100, que se hace necesaria para alcanzar la universalización de la cobertura en salud. Porque la ley 100, tan sólo necesita ser ajustada.

Ataca nuevamente, las estadísticas presentadas por el Senador Néstor Moreno, porque no consideró las mediciones dadas antes de 1.996, cuando no existía el SISBEN y donde hay cifras altas de falta de cobertura en salud, con altos índices de epidemias y enfermos.

Cita a los hospitales Lorencita Villegas y San Juan de Dios, cerrados en 1.998 y 2.000, que no correspondieron a la administración del gobierno Uribe. Afirma que en el 2.005 se produjo el plan único de cuentas.

El Ministro pregunta: ¿Cuándo se dieron las sanciones a SALUDCOOP?

Dice que le surgen muchas dudas a lo largo del debate. Comparte la preocupación por la calidad y la oportunidad, en la prestación del servicio de salud. También está de acuerdo con el mejoramiento de la calidad de la salud, y piensa que esta se mejorará de acuerdo a la celeridad con que se produzca la reforma a la salud. Pero considera exagerados los argumentos expuestos por el Senador Moreno.

Interviene la Senadora Nancy Patricia Gutiérrez de Cambio Radical, preguntando: ¿Cuáles serán los temas de la salud que serán tratados por el plan nacional de desarrollo?

Responde el Ministro: “Hay 25 temas que serán tratados por el plan de desarrollo, donde se destaca la universalización por la que se propende en el sistema de salud con la reforma”.

Intervención de la Senadora Dilian Francisca Toro: “Se requiere una reforma a la ley 100 que logre una universalización de la salud, no sólo en números sino en calidad y en hechos”.

Moción de orden del Senador Gustavo Petro: “Debe respetarse el orden del debate para que no se den más largas a la respuesta del ministro, quien a respondido cuestionamientos que no se le han formulado”.

Interviene el Senador Oscar Darío Pérez del partido, Alas Equipo Colombia, quién afirma: “Se debe hacer una propuesta que pase por las comisiones del congreso para investigar, porque las tutelas por medicamentos, cirugías o procedimientos médicos, los debe pagar el FOSYGA y no las mismas EPS.

Interviene nuevamente el Ministro de Protección Social, Diego Palacios Betancourt, afirmando: “La tutela no debe ser el mecanismo para acceder a los servicios de salud pública. Además el gobierno esta dispuesto a acceder a financiar con impuestos el sector de la salud, para que éste fenómeno no se vuelva a presentar”.

Hora: 9:20 p.m. Interviene el Senador Néstor Iván Moreno Rojas, respondiendo: “El Ministro de Protección Social no respondió al debate y se dedicó a hacer respuestas de índole personal”. Finalmente, afirma que él y su partido están dispuestos, ante la no derogación de la ley 100 de 1993, a salir a recopilar firmas para que se de un referendo derogatorio y la gente opine y participe, escogiendo que sistema de seguridad social les sirve.

Posteriormente se retira del recinto del Senado el Ministro de Protección Social. Continúa el debate entre los Senadores hasta las 11:59 p.m. Concluyendo el debate, emergen las propuestas de las bancadas de Polo, el partido Liberal y el oficialismo, para realizar cada una, un proyecto de ley que mejore la política de salud actual.

## 2. CUADRO EXPLICATIVO DE LA LEY 100 DE 1.993

En el siguiente cuadro se exponen las partes que constituyen la ley 100 de 1.993, la cual será explicada libro por libro<sup>1</sup>.

Ley 100 de 1.993, explicada libro por libro.	Conformación de cada uno de los libros de la ley 100 de 1.993.
Sistema de Seguridad Social Integral. Parte Introductoria.	<p>En la introducción de la ley se explica que desde el artículo 48 de la constitución política, se genera para el Estado la responsabilidad y obligación de garantizar a todos los ciudadanos el derecho a la seguridad social. También se establecen los principios rectores del sistema que son: a) Eficiencia; b) universalidad; c) solidaridad; d) integridad; e) unidad; y f) participación.</p> <p>En el artículo 6º se explican los objetivos del sistema: - Garantizar las prestaciones económicas y de salud de quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficientes para afiliarse al sistema; - Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios; - Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones de forma individual.</p> <p>Corresponde a esta parte introductoria de la ley los artículos 1º a 9º, donde se explica el porque de la ley.</p>
Sistema General de Pensiones. Libro 1º.	<p>Este sistema se desarrolla en el libro primero de la ley que va del artículo 10º hasta el artículo 151º.</p> <p>El artículo 10º explica que el objeto del sistema es garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las prestaciones y las pensiones, así como propender por la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.</p> <p>Existen dos regímenes pensionales: a) Régimen solidario de prima media con prestación definida, que es el mismo sistema tradicional de ISS, reformado, y b) Régimen de ahorro individual con solidaridad, o fondos privados de pensiones.</p> <p>Otros temas que se desarrollan en el libro primero son: la afiliación al régimen, el traslado de régimen, las cotizaciones y aportes al sistema, las cuentas de ahorro pensional, las pensiones en el régimen de prima media (pensión de vejez, pensión de invalidez por riesgo común, pensión de sobrevivientes), las pensiones en el régimen de ahorro individual (pensión de vejez, pensión de invalidez de origen común, pensión de sobrevivientes, modalidades de pensión, renta vitalicia inmediata, retiro programado, retiro programado con renta vitalicia diferida, excedentes de libre disponibilidad), los derechos y los beneficios para los pensionados (mesadas adicionales, intereses de mora, reajuste pensional, auxilio funerario), bonos pensionales, fondo de solidaridad pensional, fondo de pensiones públicas, sociedades administradoras de fondos de pensiones.</p>
Sistema General de Seguridad Social en Salud. Libro 2º.	<p>Este sistema lo comprende el libro segundo de la ley, lo componen los artículos que van del 152º al 248º.</p> <p>El artículo 152 establece el objeto del sistema, donde se afirma que la presente ley establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo originen, determinan su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas financieras y de</p>

<sup>1</sup> Ley 100 de 1.993. Bogotá: Representaciones y Distribuciones EL TREBOL. 2.006. p. 101-170.

	<p>control y las obligaciones que se deriven de su aplicación. Se afirma que los objetivos del sistema son: Regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio de todos los niveles de atención. Dentro del mismo artículo se añade que las competencias para la prestación de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la ley 10 de 1990 y la ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la ley 9ª de 1979 y la ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente ley.</p> <p>El sistema posee dos tipos de regímenes (aunque en realidad son tres si se cuenta a los vinculados) el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. El monto de cotización para la afiliación familiar en el sistema general de seguridad social en salud, será del doce (12%) del salario base de cotización. De esta cotización 2/3 partes (8%) la paga el empleador y 1/3 parte (4%) la paga el trabajador. El 1% de la cotización se va para la solidaridad al FOSYGA.</p> <p>El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar, al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una unidad de pago por capitación (UPC) subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad.</p> <p>Las personas que no se encuentran dentro del régimen subsidiado pertenecen a la categoría de “vinculados” al sistema.</p> <p>Los temas que se desarrollan en los demás artículos del libro segundo de la ley, son los siguientes: Dirección del sistema, Vigencia y aplicación del sistema, vigilancia y control del sistema, afiliación al sistema de salud, régimen contributivo (afiliación obligatoria, cotizaciones y aportes), régimen subsidiado (normas generales, recursos, focalización, administradoras ARS), fondo de solidaridad y garantías (FOSYGA), Entidades Promotoras de salud (Constitución legal, elección de la EPS, financiación de la EPS, atribuciones y funciones), cajas de compensación familiar, compañías aseguradoras, empresas de medicina prepagada, Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS (características generales, empresas sociales del Estado (ESE), empresas solidarias de salud), plan obligatorio de salud (POS).</p> <p>El libro segundo se organiza así:</p> <p>TITULO I Disposiciones generales.  Capítulo I. Objeto, fundamentos y características del sistema.  Capítulo II. De los afiliados del sistema.  Capítulo III. El régimen de beneficios.  Capítulo IV. De la dirección del sistema.</p> <p>TITULO II. LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD  Capítulo I. De las Entidades Promotoras de Salud.  Capítulo II. De las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.  Capítulo III. Régimen de las Empresas Sociales del Estado.  Capítulo IV. De los usuarios.</p> <p>TITULO III. DE LA ADMINISTRACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SISTEMA.  Capítulo I. Del régimen contributivo.  Capítulo II. Del régimen subsidiado.  Capítulo III. Del Fondo de Solidaridad y Garantía.</p> <p>TITULO IV. DE LA VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA.  TITULO V. LA TRANSICIÓN DEL SISTEMA.  TITULO IV. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS.</p>
--	--

<p>Sistema General de Riesgos Profesionales. Libro 3º.</p>	<p>Este sistema esta comprendido en el tercer libro de la ley que posee dos capítulos. El primero que habla sobre la invalidez por accidentes de trabajo y enfermedad profesional, y el segundo, que trata la pensión de sobrevivientes originada por accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Comprende los artículos del 249 al 256 de la ley. Los temas que tratan estos artículos, son: - Accidentes de trabajo y enfermedad profesional; - calificación del Estado de invalidez; - Pensiones de invalidez integradas; - Devoluciones de saldos; - Prestaciones médico asistenciales; - devolución de saldos por muerte causada por accidente de trabajo o enfermedad profesional.</p>
<p>Servicios sociales complementarios y disposiciones finales. Libro 4º y 5º.</p>	<p>Estos servicios comprenden el libro cuarto de la ley, que se compone por los artículos 257 al 263. Establece un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos: Ser colombiano, llegar a una edad de 65 años o más, residir durante los últimos 10 años en el territorio nacional, carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, residir en una institución sin ánimo de lucro para ancianos indigentes, limitados físicos mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo a las disponibilidades presupuestales. El artículo 263 habla de la autorización a las entidades territoriales para que creen y financien con cargo a sus propios recursos planes de subsidio al desempleo. Por otra parte, existe un libro quinto que trata las disposiciones finales, que se componen por los artículos 264 al 289 de la ley.</p>

Como se observa en el cuadro, la ley 100 de 1.993, genera un sistema de pensiones, salud y riesgos profesionales, que forman el sistema de seguridad social en Colombia, el cual, aplica un modelo que combina la cotización del ahorro individual, que está ley instauró, con la cotización del régimen solidario, que proviene del antiguo sistema.

El modelo de régimen solidario, proviene de Inglaterra desde que se publicó el informe Beveridge en 1.946, el cual explicó la forma como la sociedad podía sustentarse la seguridad social a sí misma. En éste modelo los recursos de todos los trabajadores van a un fondo solidario, donde se comparten, en cierto porcentaje los recursos para ampliar la cobertura de la seguridad social, en salud o pensiones.

El modelo de ahorro individual, cómo lo indica su nombre, es el modelo donde el trabajador no aporta a un fondo solidario, sino a un fondo de ahorro individual, en el que sustenta con su propio esfuerzo la seguridad social que posea en salud, y que poseerá en pensiones y riesgos profesionales.

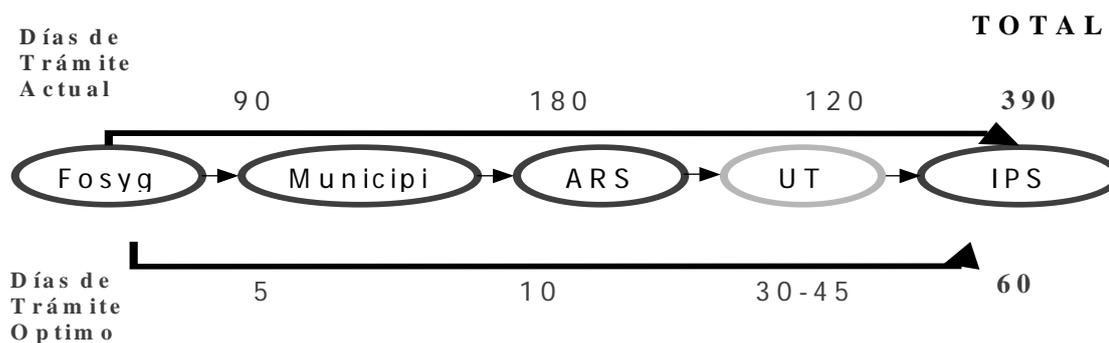
### 3. ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES PROBLEMÁTICAS DEL SISTEMA DE SALUD DE LA LEY 100 DE 1.993.

El sistema de seguridad social integral que creó la ley 100 de 1.993, “incrementó la cobertura en salud del 23%, que existía durante la implementación de la ley, hacia un 57% en el año 1.997 y un 61.8% en el año 2.003, según la ECV (Encuesta de Calidad de Vida)”<sup>2</sup>. Pero no se cumplió con el objetivo de la cobertura universal, que se prometía.

Desde la instauración de un sistema de salud con regímenes separados, el Estado debe otorgar recursos a las ARS, las cuales, no han distribuido de manera eficiente los subsidios, y en algunos casos, al constituir Uniones Temporales, hacen que se estanque el flujo de dineros, lo que va en contra del sistema de salud, puesto que los intermediarios se están quedando con los recursos del gasto público.

Existe un esquema realizado por Julio Mario Orozco Africano, que explica cómo se produce el flujo de recursos en la realidad y cómo debería ser<sup>3</sup>.

#### Flujo de Recursos



Como se observa, en el esquema, el flujo de recursos del sistema es ineficiente, y como se produjo en la ley 100, necesita de un control, por lo que

<sup>2</sup> Rodríguez Salazar, Oscar. et al. Sistemas de protección social: Entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: CID. UNAL. Primera edición. 2.005. p. 209-210.

<sup>3</sup> Orozco Africano, Julio Mario. “Porqué reformar la reforma”. (2006); p. 28. Texto en: [www.eumed.net/libros/2006/jmo/](http://www.eumed.net/libros/2006/jmo/) Consulta en Internet realizada el 5 de Octubre de 2.006.

se hace urgente la intervención estatal con una reforma a la ley, que cumpla con el objetivo de que los recursos no se queden en los intermediarios.

En la prestación del servicio, las grandes falencias del sistema se ubican en la inequidad que posee el POS del régimen subsidiado frente al POS del régimen contributivo, porque Existe inequidad en la distribución per cápita de los recursos. Porque:

“Un afiliado del Régimen Contributivo de Salud cuenta con \$344.500 pesos mensuales, en el Régimen Subsidiado de Salud, cuentan con \$192.344 pesos, y los pobres no asegurados cuentan con recursos que oscilan entre los \$40.000 pesos y \$60.000 pesos por persona al mes”<sup>4</sup>.

Con esto, la calidad del servicio prestado entre regimenes no es igual, porque el presupuesto influye directamente en la prestación del servicio de salud, según los programas de salud que cubre.

La cobertura que se ha alcanzado, aunque provee algunos servicios y mantiene la esperanza en los más necesitados, presta servicios de baja calidad y que no consideran factores endémicos o epidemiológicos. Además una de las fallas más graves del sistema se observa, en la obtención de medicamentos, que se subsidia en un 50%, en personas que no poseen casi ninguna capacidad de pago, tornando injusto e inhumano al sistema de salud.

En algunos casos el problema de la provisión de medicamentos también ocurre en el régimen contributivo, cuando existe ECAT, que no son cubiertas por el POS, lo que hace que las EPS, para evitarse altos costos con los medicamentos, transfieran al enfermo al ISS, en el régimen subsidiado, para que el gasto de los medicamentos de las ECAT, lo asuman el Estado y los pacientes. Esto genera que en el sistema se privilegie la viabilidad financiera y no la salud de los colombianos, lo que demuestra que la salud ha pasado de ser un servicio, a un negocio.

---

<sup>4</sup> Orozco Africano, Julio Mario. OP. CIT. p. 29.

En la prestación del servicio y la calidad de la salud, se podría afirmar muchas más falencias, porque han existido demasiados casos de tratos injustos a los usuarios, que debieron recurrir a la tutela para que se les cumpliera con su derecho a la salud, y en conexidad con el derecho a la vida. Por esto, aún más que el control y la vigilancia al sistema de salud, éste necesita que se le haga una reforma, donde se humanice el servicio, en aras del bienestar de todos.

La ley 100 aunque posee factores buenos, estos son borrados y sobrepasados por los graves problemas de salud pública, física y mental que sufre un país tercermundista, con alto desempleo y constante guerra.

El Estado con esta ley, se desligó en parte, de su responsabilidad sobre la sociedad, en lo más básico, que es la seguridad social. De acuerdo a “la moda” del neoliberalismo produjo que el sector privado, con ánimo de lucro, entrara en el sistema de salud e hiciera que el servicio se convirtiera en un negocio.

Esto se explica con las reformas efectuadas a las pensiones y a la red pública del sistema de salud, que se observa en el gravísimo debilitamiento del ISS, lo cual deja un panorama preocupante, que necesita de una pronta intervención del Estado, para que los colombianos más necesitados no comiencen a perder el respeto por si mismos, al no contar con los bienes primarios que el Estado debe otorgar, como el derecho a la salud, tal como lo proclama la Constitución Política de 1.991.

Las empresas privadas que entraron al sistema de salud, han hecho que muchos recursos del gasto público se pierdan, porque cuando reciben el flujo de dineros, la inversión la realizan en su propio provecho, generando una integración vertical, sin que se invierta en salud. Así, cómo lo denunció el Senador Néstor Moreno<sup>5</sup>, quien dice que las inversiones de las EPS se van hacia la generación de infraestructura y su enriquecimiento en la consolidación de un monopolio en el sector salud.

---

<sup>5</sup> En el Debate convocado por el Polo Democrático Alternativo para el análisis del SGSSS. Resumido anteriormente en éste informe.

Se debe decir, que también se está presentando la degradación de las profesiones de la salud, con el agravante del deterioro de la salud de los pacientes<sup>6</sup>.

Por otra parte, la reglamentación jurídica de la ley ha hecho que el sistema adquiera una exagerada complejidad, que hace que los usuarios no sepan a ciencia cierta, cuales son los derechos que está provee.

De esta forma, la excesiva normatividad produce confusiones dentro del sistema, como sucedió con el decreto reglamentario 1298 de 1.994 (código único del sistema de salud), que fue declarado inexecutable por sentencia C-255 de 1.995 de la Corte Constitucional.

Antes de la declaración de inexequibilidad, otros decretos reglamentarios se habían realizado haciendo alusión al decreto inexecutable, lo cual, hace que se realice un decreto de aclaración (1627 de 1.995), donde se afirma que lo reglamentado dentro del decreto 1895 de 1.994 queda vigente, porque no hace parte del decreto inexecutable, puesto que reglamenta el régimen subsidiado, en los artículos 162, 165, 204, 214 y 221 de la ley 100 de 1.993.

A esto último, puede añadirse, que se está tratando de reformar el artículo 204 y 214 de la ley 100, según los artículos de financiación del régimen subsidiado, donde se producen cambios a la ley 100, para lograr la universalización.

Finalmente, con base al argumento sobre el clientelismo en el sistema de salud de Yves Le Bonniec<sup>7</sup>, puede afirmarse que la escogencia que produce el SISBEN genera un ambiente propicio para la aparición del clientelismo a nivel local, porque en algunos casos, se manipulan las encuestas, para favorecer la entrada de personas al sistema. Estas personas entran al régimen subsidiado sin cumplir con los puntos que determina la encuesta, probablemente, por las relaciones clientelares que establecieron en el plano local o municipal.

---

<sup>6</sup> Como ejemplo de esto, se presenta: La falta de pagos, el limitado tiempo de las consultas y los contratos a término fijo.

<sup>7</sup> Le Bonniec, Yves. Et al. Sistema de protección Social: Entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: CID. UNAL. Primera edición. 2.005. Pp. 167-169.

#### **4. PROCESO DE LA REFORMA EN EL CONGRESO**

El actual proceso de reforma, comienza por una propuesta del gobierno, específicamente del Ministro de Protección Social Diego Palacios Betancourt, quién retoma el proceso de reforma del SGSSS que había sido un fracaso en la primera legislatura del 2006, al ser archivado el proyecto de ley 052 de 2.004.

En los siguientes días, ocurrió un debate convocado por el Polo Democrático Alternativo en el Senado de la República, realizado el 26 de septiembre de 2.006, donde se dieron cita, el Ministro de Protección Social, la Viceministra de Hacienda, y la plenaria del Senado, todo conducido por el Senador Néstor Iván Moreno Rojas del PDA. En el debate se resumieron los principales problemas que afectan al sistema de salud y que no han sido resueltos por el Estado.

En el siguiente mes se formalizó la propuesta del gobierno, donde se radicó en las comisiones séptimas del Congreso el proyecto de ley de la reforma a la salud, registrándose como 02 Cámara y 40 Senado de 2.006, el cuál reemplaza más de 17 proyectos que sobre el tema habían sido radicados.

La radicación del proyecto de ley se presentó el 26 de Octubre de 2.006, donde se encuentra a los Senadores Miguel Pinedo, Jairo Merlano, Dilian Toro y al Representante Eduardo Benítez, como coordinadores ponentes del proyecto. A la vez, se radicarón las ponencias de los proyectos de ley del partido liberal y del Polo Democrático Alternativo, que tuvieron como ponentes a los congresistas Germán Aguirre y Jorge Morales por el partido liberal y a Luis Avellaneda, Venus Silva y María Urrutia por el Polo Democrático.

En el proceso de negociación política se acercaron las ponencias del gobierno y del partido liberal, lo cual generó, la exclusión de la propuesta del Polo Democrático, que se basaba en la eliminación del actual SGSSS de la ley 100 y proponía uno nuevo, denominado SISALUD Sistema Integral de Salud.

La discusión del proyecto de reforma, en las comisiones séptimas, comenzó en los primeros días de noviembre del presente año, en donde se observó un

intenso debate caracterizado por la constante intervención de los congresistas del Polo Democrático Alternativo, y algunos de los congresistas del partido liberal. Además de la obvia intervención de los ponentes del proyecto del oficialismo, donde se destaca, la explicación de cada artículo, por parte del Representante de Norte de Santander Eduardo Benítez Maldonado.

Primero en las comisiones conjuntas se producen intervenciones reiteradas del Senador Avellaneda y de los Representantes Venus Silva y María Urrutia, quienes procuraban, que en el articulado de la nueva ley, se introdujeran nuevos ordenamientos que mejoraran, la situación de la salud pública.

Ellos querían que el tema de la regulación, se dejara en un segundo plano, porque dicho tema, tan solo se refería al mercado de la salud y no a la prestación de servicios o la salud pública, que son lo más crítico del sistema.

Con todo esto, en el debate de las comisiones séptimas, se incluyeron dentro de algunos artículos, numerales y literales que tratan el tema de la prestación de servicios de salud, pero la regulación siguió siendo el tema más importante.

Después se produjeron las intervenciones de los congresistas Aguirre y Avendaño del Partido Liberal, que reclamaban la injusta forma en que se financiaría la universalización de la cobertura, porque se le quitaba medio punto a los pensionados, del punto que les fue otorgado en la ley 797 de 2.003.

Por último, se puede resumir que las intervenciones de los congresistas, durante el debate en las comisiones séptimas, se basaban en las tendencias que se observan en el congreso.

Primero porque el oficialismo estaba de acuerdo con todos los postulados del proyecto, y realizó tan solo la exposición del articulado del proyecto de reforma; segundo, porque el Polo democrático (que es el partido que más representa a la oposición), intervino reiteradamente con el objetivo de lograr algún tipo de cambio estructural de la ley 100, que al final no ocurrió.

En tercer lugar, porque se observó una división dentro del partido liberal, en cuanto algunos miembros del partido, no opinaron sobre el proyecto, y otros por el contrario intervinieron repetidamente, cómo lo hizo el Representante Pompilio Avendaño en la discusión del artículo de financiación de la cobertura.

Posteriormente se produjo la aprobación del proyecto de ley, en las comisiones séptimas conjuntas del congreso, el 15 de noviembre de 2.006, con un texto que presenta 50 artículos, donde se encuentra una combinación entre el articulado de las ponencias del partido liberal que en un principio presentaba 27 artículos, y la ponencia del uribismo, que radicó la propuesta con 28 artículos.

Se observa claramente la compaginación de las propuestas generadas por el oficialismo<sup>8</sup> y el partido liberal<sup>9</sup>, porque en el texto aprobado del proyecto de reforma al sistema de salud, en las comisiones séptimas del Congreso, permanecen los artículos principales de las dos ponencias.

El proyecto de ley, es recibido el 28 de noviembre de 2.006 en las plenarias, con una clara oposición del Polo y de facciones del partido liberal, que encabezaban en la Cámara, los Representantes Venus Silva (PDA) y Pompilio Avendaño (Partido Liberal).

Comenzaron por criticar el articulado del proyecto de ley porque no se encontraba dentro del mismo, la solución a la crisis hospitalaria, la debida atención a la salud pública, ni tampoco el problema de la inequidad entre los POS de los regimenes contributivo y subsidiado.

El Representante Avendaño denuncia que hay cuatro grandes “Micos” en el articulado, donde se encontraban, la inclusión de la ANDI en la CRES, se permitiría la integración vertical de las EPS privadas hasta en un 50% de los recursos que le son otorgados del gasto social y se financiaría con recursos asignados a los pensionados, el sistema de salud. Además que el “gancho” del

---

<sup>8</sup> Los artículos de financiación y aseguramiento del régimen subsidiado, y del sistema de inspección, vigilancia y control, entre otros.

<sup>9</sup> Los artículos de la creación de la CRES, la afiliación de los empleados públicos a la ARP del ISS, la asociación y conformación de cooperativas de las ESE, entre otros.

proyecto de ley, cómo es, la universalización de la cobertura, es imposible de alcanzar.

Lo que implica, que el régimen subsidiado atendiera a la mayoría de la población y en dado caso, el sistema se convertiría en “mendicidad de la salud”, por la sobrecarga que recibiría el presupuesto de éste régimen.

El Representante Avendaño propone que la universalización se alcance desde el régimen contributivo, haciendo políticas a favor del empleo, para lograr aumentar la afiliación al sistema de salud con asalariados.

El 29 de noviembre de 2.006, se aprueban en la plenaria de la Cámara de Representantes los artículos 1, 2 y 3, y se pospone la discusión de los demás artículos para el 4 de diciembre de 2.006.

Para ese día se continuó con la aprobación del proyecto de ley.

Primero, se aprobaron con algunas modificaciones los artículos 4 al 8 y se eliminaron los artículos 9 y 10, que trataban la conformación de la CRES.

Se continuó con la aprobación del artículo 11 de financiamiento, y posteriormente, se presentó un hecho insólito, cuando en la discusión del artículo 12, que habla sobre la financiación del sistema, no se llegó a un acuerdo entre las bancadas, lo cual hizo que los Representantes del Polo y del partido liberal se retiraran del recinto.

Ante esto la mayoría oficialista, que quedó en la plenaria aprobó el artículo, porque aún tenían el quórum aprobatorio que les daba las mayorías, que se contó en 86 Representantes. Además aprobaron los restantes artículos que hacían falta por debatir en ese día, con excepción del artículo 13 de financiación y el artículo 50, que es de la vigencia de la ley.

Para el día siguiente, 5 de diciembre de 2.006, asistieron todas las bancadas al debate, se realizó la votación del artículo 13 como orgánico, que necesitaba alcanzar una mayoría calificada de 86 votos a favor, para ser aprobado. Por

este motivo, la votación duró abierta por una hora y media, hasta que el oficialismo logró obtener dicha mayoría calificada. Finalmente se aprobó el artículo 13, que modifica las fuentes de financiación del régimen subsidiado, establecida en el artículo 214 de la ley 100 de 1.993.

Posteriormente se aprueba el artículo 50 que trata sobre la vigencia de la ley.

Por las constantes protestas de la oposición, a causa de la aprobación de los artículos, sin ellos haber estado presentes, se procede a la reapertura de algunos artículos. Se reabren los artículos: 31º De los directores de las ESE y 17º De la integración vertical de las EPS privadas, y se niega la reapertura, de los artículos 27º De la afiliación de empleados oficiales a la ARP del ISS, 29º De la prestación de servicios por parte de instituciones públicas, 26º De la agilidad en los recobros, 16º De la organización del aseguramiento y 14º Del pago de deudas al régimen subsidiado; porque la votación nominal de la plenaria así lo decidió.

La reapertura que más se destaca, fue la del artículo 17º (integración vertical), porque el 50% que se permitiría a las EPS para la integración vertical, según fue aprobado en las comisiones séptimas, baja a un 30%, cómo lo decidió la plenaria de la Cámara de Representantes. Además se agregó una obligación a las EPS privadas, de invertir en la red pública de salud.

Finalmente a las 8:00 p.m. de éste día, se aprobó como ley de la República, en la Cámara de Representantes, el proyecto de reforma al SGSSS.

A causa de la conciliación que se debe realizar entre las cámaras y la eliminación de los artículos 9º, 10º y 38º en la Cámara de Representantes (del texto que provino de las comisiones séptimas), además de la inclusión de un artículo que le da nuevas funciones al INS, la numeración del articulado aún es confusa y se resolverá cuando la ley sea publicada en el año 2.007.

## 5. CONTENIDO DE LA REFORMA

En el siguiente cuadro expositivo se sintetizan los artículos de la reforma a la salud, aprobada en la Cámara de Representantes el 5 de diciembre del 2.006.

<b>CUADRO EXPLICATIVO DEL PROYECTO DE LEY 02 CÁMARA Y 40 SENADO DE 2006.</b>	
Capítulo I. Disposiciones Generales	<p><b>Artículo 1º: Objeto.</b> La ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control, la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios.</p>
Capítulo II. De la Dirección	<p><b>Artículo 2º. Administración por Resultados.</b> El Ministerio de la Protección Social, como órgano rector del sistema, establecerá los mecanismos que permitan la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p><b>Artículo 3º. Comisión de Regulación en Salud: Creación y naturaleza.</b> Créase la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial; y adscrita al Ministerio de Protección Social.</p> <p><b>Artículo 4º. Composición de la CRES.</b> Será conformada por 5 comisionados uno delegado por el presidente de la República, otro por el Ministerio de Hacienda y los otros tres, serán comisionados expertos.</p> <p><b>Artículo 5º: Comisionados expertos de la CRES.</b> Serán designados por el presidente de la república y provendrán de ternas seleccionadas por instituciones de investigación y educación pública y privada, relacionadas con el sector salud.</p> <p><b>Artículo 6º. Secretaría Técnica.</b> La Comisión de Regulación en Salud tendrá una secretaría técnica, que apoyara los estudios técnicos que soporten las decisiones de este organismo.</p> <p><b>Artículo 7º: Funciones de la CRES.</b> Las funciones de la Comisión de regulación son 10 y comprenden la regulación del sistema de salud.</p> <p><b>Artículo 8º: Financiación.</b> La Comisión de Regulación en Salud se financiará con recursos del FOSYGA.</p>
Capítulo III. Del Financiamiento	<p><b>Artículo 9º. Objeto de la financiación.</b> El Sistema General de Seguridad Social en Salud alcanzará, en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del SISBEN de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al sistema.</p> <p><b>Artículo 10º:</b> Modifícase el inciso primero del artículo 204 de la ley 100 de 1.993. Recursos de la cotización para el régimen subsidiado.</p> <p><b>Artículo 11º:</b> Modifícase el artículo 214 de la ley 100 de 1.993. Fuentes de financiación del régimen subsidiado.</p> <p><b>Artículo 12º. Pago de Deudas al régimen subsidiado.</b> Los municipios y departamentos destinarán por una sola vez, recursos no comprometidos, provenientes del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (FAEP) y del Fondo Nacional de Regalías, para el pago de las deudas con el régimen subsidiado de salud vigentes a 31 de diciembre de 2004 que hayan sido registradas en los estados financieros de las ARS a diciembre de 2005.</p> <p><b>Artículo 13º: Flujo y Protección de los recursos.</b> Los actores responsables de la administración, flujo y protección de los recursos deberán acogerse a las siguientes normas:</p> <p>a. El gasto de los recursos de la sub-cuenta de solidaridad del FOSYGA se programará anualmente por un valor no inferior al recaudo del año anterior incrementado con la inflación causada y se girará, a las entidades territoriales por trimestre anticipado previo cumplimiento de la radicación de</p>

	<p>los contratos, la acreditación de cuentas maestras y el envío y cruce de la base de datos de los afiliados, sin que sean exigibles otros requisitos.</p> <p>b. Todos los recursos de salud, se manejarán en las entidades territoriales mediante los fondos locales, distritales y departamentales de salud en un capítulo especial, conservando un manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, que permita identificar con precisión el origen y destinación de los recursos de cada fuente.</p> <p>c. Los pagos, efectuados por la entidad territorial a las EPS del régimen subsidiado se harán bimestre anticipado dentro de los primeros 10 días de cada bimestre. Estos pagos se harán solo mediante giro electrónico, a cuentas previamente registradas de entidades que estén debidamente habilitadas y mediante la presentación de facturas que cumplan lo previsto en el artículo 617 del Estatuto Tributario.</p> <p>d. Las Entidades Promotoras de Salud EPS de ambos regimenes pagarán los servicios a los prestadores de servicios de salud habilitados, mes anticipado en un 100% si los contratos son por capitación. Si fuesen por otra modalidad, como pago por evento, global prospectivo o grupo diagnóstico se hará como mínimo un pago anticipado del 50% del valor de la factura, dentro de los cinco días posteriores a su presentación.</p> <p>e. Los municipios y distritos destinarán hasta el 0,4% de los recursos del régimen subsidiado para financiar los servicios de interventoría de dicho régimen. Estos recursos solo podrán ser contratados con entidades previamente habilitadas departamentalmente, de acuerdo con la reglamentación del Ministerio de la Protección Social. Asimismo estas entidades territoriales destinarán el 0,2% de los recursos del régimen subsidiado a la Superintendencia Nacional de Salud para fortalecer la inspección vigilancia y control. .</p> <p>f. Las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, manejarán los recursos en cuentas maestras separadas para el recaudo y gasto en la forma que reglamente el Ministerio de la Protección Social. Sus rendimientos deberán ser invertidos en los Planes Obligatorios de Salud.</p>
<p>Capitulo IV. Del Aseguramiento</p>	<p><b>Artículo 14º: Organización del Aseguramiento.</b> Entiéndase por aseguramiento en salud: La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario.</p> <p><b>Artículo 15º: Regulación de la integración vertical patrimonial y de la posición dominante.</b> Las EPS no podrán exceder el 30% en la integración vertical patrimonial.</p> <p><b>Artículo 16º: Contratación en el Régimen Subsidiado y en las EPS Públicas del Régimen Contributivo.</b> Las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado contratarán obligatoria y efectivamente un mínimo porcentual del gasto en salud con las Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas en el municipio de residencia del afiliado, siempre y cuando exista allí la correspondiente capacidad resolutive. Dicho porcentaje será, como mínimo, del 60%. Cambio de ARS a EPS Régimen Subsidiado.</p> <p><b>Artículo 17º: Liquidación de contratos en el régimen subsidiado.</b> Los gobernadores y/o alcaldes tendrán un plazo de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente ley, para liquidar de mutuo acuerdo , en compañía de las EPS del Régimen Subsidiado, los contratos que hayan firmado las Entidades territoriales como consecuencia de la operación del Régimen Subsidiado, y que tengan pendiente liquidar en cada Entidad Territorial.</p> <p><b>Artículo 18º: Aseguramiento de los independientes contratistas de prestación de servicios.</b> Los independientes contratistas de prestación de servicios cotizaran al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de un 40% del valor mensualizado del contrato. El contratista podrá autorizar a la entidad contratante el descuento y pago de la cotización sin que ello genere relación laboral.</p>

	<p><b>Artículo 19º: Aseguramiento del Alto Costo.</b> Las EPS contratarán reaseguro para el tratamiento de las ECAT (Enfermedades catastróficas)</p> <p><b>Artículo 20º Prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda.</b> Las Entidades territoriales contratarán con Empresas Sociales del Estado debidamente habilitadas, la atención de la población pobre no asegurada y lo no cubierto por subsidios a la demanda.</p> <p><b>Artículo 21º: Movilidad entre Regímenes.</b> Los usuarios podrán cambiar fácilmente de EPS o IPS, según su conveniencia.</p> <p><b>Artículo 22º: Del subsidio a la cotización.</b> Aquellas personas que teniendo derecho al régimen subsidiado pero que, haya cotizado al régimen contributivo dos (2) años dentro de los últimos cuatro (4), tendrán prioridad en cualquier programa de subsidio a la cotización.</p> <p><b>Artículo 23º: Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios.</b> Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de las EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.</p> <p><b>Artículo 24º: Agilidad en los recobros.</b> El Ministerio de la Protección Social diseñará mecanismos que permitan agilizar el recobro y trámite de las atenciones en salud de las enfermedades genéticas lisosomales.</p> <p><b>Artículo 25º: Afiliación de empleados de entidades oficiales a la ARP del ISS.</b> Todos los empleados oficiales, en todo nivel, serán afiliados a la Aseguradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales.</p>
<p>Capítulo V. De la Prestación de Servicios de Salud</p>	<p><b>Artículo 26º: De la Regulación en la prestación de servicios de salud.</b> El Ministerio de Protección Social realizará la regulación del sistema.</p> <p><b>Artículo 27º De la prestación de servicios por parte de las instituciones públicas.</b> La prestación de servicios de salud por parte de las instituciones públicas solo se hará a través de Empresas Sociales del Estado (ESE) que podrán estar constituidas por una o varias sedes o unidades prestadoras de servicios de salud.</p> <p><b>Artículo 28º: Regulación de las Empresas Sociales del Estado (ESE).</b> El gobierno nacional realizará la regulación de las ESE, directamente o a través de sus delegatarios.</p> <p><b>Artículo 29º: Los Gerentes de las Empresas Sociales del Estado.</b> Serán nombrados por períodos institucionales de cuatro (04) años, mediante proceso que deberá realizarse en los primeros seis (06) meses del período del Presidente de la República o del Jefe de la Entidad Territorial respectiva.</p> <p><b>Artículo 30º. Pago del pasivo prestacional de las empresas sociales del Estado.</b> En concordancia con el artículo 242 de la Ley 100 de 1993, los artículos 61, 62, 63 de la Ley 715 de 2001, el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Hacienda y Crédito Público y los entes territoriales departamentales firmarán los contratos de concurrencia y pagarán el pasivo prestacional por concepto de cesantías, reserva para pensiones y pensiones de jubilación, vejez, invalidez y sustituciones pensionales, causadas en las Empresas Sociales del Estado al finalizar la vigencia de 1993.</p> <p><b>Artículo 31º: Del fortalecimiento de Asociaciones y/o Cooperativas de las ESE.</b> El gobierno Nacional, Departamental y Distrital, promoverá la conformación de las asociaciones y cooperativas de las ESE.</p> <p><b>Artículo 32: Prohibición en la prestación de servicios de salud.</b> En ningún caso se podrán prestar servicios asistenciales de salud directamente por parte de las entidades Territoriales administrativas.</p>
<p>Capítulo VI. Salud Pública.</p>	<p><b>Artículo 33º. De la salud Pública:</b> La salud pública esta constituida por el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.</p>

	<p>Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad.</p> <p><b>Artículo 34º: Plan Nacional de Salud Pública.</b> El Gobierno Nacional definirá el Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, el cual quedará expresado en el respectivo Plan Nacional de Desarrollo. Su objetivo será la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar. Tiene 10 características esenciales.</p> <p><b>Artículo 35º: Supervisión del INVIMA en algunas áreas de Salud Pública.</b> Las competencias del INVIMA son:</p> <p>a. La evaluación de factores de riesgo y expedición de medidas sanitarias relacionadas con alimentos y materias primas para la fabricación de los mismos.</p> <p>b. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, de las plantas de beneficio de animales, de los centros de acopio de leche y de las plantas de procesamiento de leche y sus derivados.</p> <p>c. La competencia exclusiva de la inspección, vigilancia y control sanitario de la importación y exportación de alimentos y materias primas para la producción de los mismos, en puertos, aeropuertos y pasos fronterizos. Corresponde a los departamentos, distritos y a los municipios de categorías 1, 2, 3 y especial, la vigilancia y control sanitario de la distribución, transporte y comercialización de alimentos y de los establecimientos gastronómicos.</p> <p>d. La garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.</p> <p><b>Artículo 36º: De las funciones del INS:</b> El INS se fortalecerá técnicamente para cumplir además de las funciones descritas en el decreto 272 del 2004 las siguientes:</p> <p>a. Definir e implementar el modelo operativo del sistema de vigilancia y control en salud pública en el SGSSS.</p> <p>b. Realizar los estudios e investigación que soporten al Ministerio de Protección social para la toma de decisiones para el plan nacional de salud.</p>
<p>Capítulo VII. Inspección, Vigilancia y Control.</p>	<p><b>ARTÍCULO 37º: Definiciones.</b> Para efectos del presente título de la Ley, se adoptan las siguientes definiciones:</p> <p>A. Inspección. La inspección, es el conjunto de actividades y acciones encaminadas al seguimiento, monitoreo y evaluación del sistema general seguridad social en salud.</p> <p>B. Vigilancia. Consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para advertir, prevenir, orientar, asistir y propender porque las entidades encargadas del financiamiento, aseguramiento, prestación del servicio de Salud, atención al usuario, participación social y demás sujetos, cumplan con las normas que regulan el sistema de seguridad social.</p> <p>C. Control. Consiste en la atribución de la Superintendencia Nacional de Salud para ordenar los correctivos tendientes a la superación de la situación crítica o irregular (jurídica, financiera, económica, técnica, científico-administrativa) de cualquiera de sus vigilados.</p> <p><b>ARTÍCULO 38º: Sistema de Inspección, Vigilancia y Control.</b> Créase el Sistema de inspección, vigilancia y control del Sistema General de Seguridad Social en Salud como un conjunto de normas, agentes, y procesos articulados entre sí, el cual estará en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud de acuerdo con sus competencias constitucionales y legales, sin perjuicio de las facultades asignadas al instituto nacional de salud y al INVIMA.</p>

**ARTÍCULO 39º. Ejes del Sistema de Inspección, Vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud.** Los ejes del sistema de inspección, vigilancia y control son:

1. Financiamiento.
2. Aseguramiento.
3. Prestación de servicios de atención en salud y salud pública.
4. Atención al usuario y participación social.
5. Eje de acciones y medidas especiales.
6. Información.
7. Focalización de los subsidios en salud.

**ARTÍCULO 40º. Conciliación ante la Superintendencia Nacional de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud podrá actuar como conciliadora, de oficio o a petición de parte, en los conflictos que surjan entre sus vigilados y/o entre éstos y los usuarios generados en problemas que no les permitan atender sus obligaciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, afectando el acceso efectivo de los usuarios al servicio de salud.

**Artículo 41º. Objetivos de la Superintendencia Nacional de Salud.** La Superintendencia Nacional de Salud, en ejercicio de sus atribuciones de inspección, vigilancia y control, desarrollará, además de los señalados en otras disposiciones, los siguientes objetivos:

- a. Fijar las políticas de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- b. Exigir la observancia de los principios y fundamentos del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud.
- c. Vigilar el cumplimiento de las normas que regulan el Sistema General de Seguridad Social en Salud y promover el mejoramiento integral del mismo.
- d. Proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva, en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y estándares de calidad en las fases de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud.
- e. Velar porque la prestación de los servicios de salud se realicen sin ningún tipo de incentivo, económico o especie, presión o condicionamiento por parte de la industria farmacéutica, las EPS y las IPS frente a los profesionales de la medicina y las instituciones prestadoras de salud.
- f. Velar por la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos con destino a la prestación de los servicios de salud
- g. Evitar que se produzca el abuso de la posición dominante dentro de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- h. Promover la participación ciudadana y establecer mecanismos de rendición de cuentas a la comunidad, que deberá efectuarse por lo menos una vez al año, por parte de los actores del sistema.

**Artículo 42º. Funciones y Facultades de la Superintendencia Nacional de Salud.** Son las siguientes:

- a. Adelantar funciones de inspección, vigilancia y control al Fondo de Solidaridad y Garantías – FOSYGA y demás actores del sistema, incluidos los regímenes especiales y exceptuados contemplados en la ley 100.
- b. Inspeccionar, vigilar y controlar que las direcciones territoriales de salud cumplan a cabalidad con las funciones señaladas por ley, conforme a los principios que rigen a las actuaciones de los funcionarios del estado, e imponer las sanciones a que halla lugar.
- c. Con sujeción a las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo, señalará los procedimientos aplicables a los vigilados de la Superintendencia Nacional de Salud respecto de las investigaciones administrativas sancionatorias que deba surtir, respetando los derechos del debido proceso, defensa, contradicción y doble instancia. Para tal fin aplicará las normas contenidas en el Código Contencioso Administrativo.
- d. Introducir mecanismos de autorregulación y solución alternativa de

	<p>conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.</p> <p>e. Ejercer la competencia preferente de la inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados, en cuyo desarrollo podrá iniciar, proseguir o remitir cualquier investigación o juzgamiento de competencia de los demás órganos que ejercen inspección, vigilancia y control dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizando el ejercicio de la ética profesional, la adecuada relación médico paciente y el respeto de los actores del sistema por la dignidad de los pacientes y de los profesionales de la salud.</p> <p>f. Sancionar en el ámbito de su competencia y denunciar ante las instancias competentes las irregularidades que se puedan estar cometiendo en el Sistema General de Seguridad Social de Salud.</p> <p>g. Sancionar, conforme a lo ordenado en el artículo 8° de esta Ley, al Fondo de Solidaridad y Garantía y/o al Consorcio que lo administre, según corresponda, con multa de hasta dos mil (2000) salarios mínimos legales mensuales vigentes,</p> <p>h. vigilar, inspeccionar y controlar que se cumplan los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y aplicación del gasto social por parte de las Entidades Territoriales.</p> <p>i. Las demás que conforme a las disposiciones legales se requieran para cumplimiento de sus objetivos.</p> <p><b>Artículo 43°. Función judicial de la Superintendencia Nacional de Salud.</b> La SUPERSALUD tendrá facultades de juez sobre sus vigilados.</p> <p><b>Artículo 44°: Defensor del Usuario en salud.</b> Dependerá de la SUPERSALUD en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Presentará las quejas de los usuarios ante las entidades correspondientes del sistema de salud, donde solo tendrá voz para incidir en la toma de decisiones.</p>
<p>Capítulo VIII. Disposiciones Finales.</p>	<p><b>Artículo 45°: Disposición transitoria - excedentes de la Sub-cuenta ECAT.</b> De los excedentes de la sub-cuenta de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, del Fondo de Solidaridad y Garantías, (FOSYGA), acumulados a diciembre 31 de 2.005, se utilizará, por una sola vez, la suma de ciento cincuenta mil millones de pesos (\$150.000.000.000.00) para la prestación de servicios a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda. Estos servicios serán liquidados a las tarifas mínimas.</p> <p><b>Artículo 46°: De la información e identificación en el Sistema General de Seguridad Social:</b> El Ministerio de la Protección Social definirá el plan de implementación del Sistema Integrado de Información de la Protección Social –SISPRO-. Este plan será enviado al Congreso Nacional. Dicho sistema deberá cumplir las siguientes funciones:</p> <p>a) Registrar la información de acuerdo con las normas emanadas del Ministerio de la Protección Social. Capturar y sistematizar la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica – SIVIGILA- y ponerla a disposición del Instituto Nacional de Salud, del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y de las Entidades Territoriales.</p> <p>b) Recoger y sistematizar la información que determine el Ministerio de la Protección Social para monitorear los resultados en salud de las Entidades Territoriales, las aseguradoras y los prestadores con el fin de alimentar el Sistema de Rectoría y Administración por resultados previsto en el Artículo 2° de la presente Ley.</p> <p><b>Artículo 47°: Régimen de contratación de EPS Públicas:</b> Las EPS públicas tendrán el mismo régimen de contratación que las ESE.</p> <p><b>Artículo 48°: Vigencia y Derogatorias.</b> Esta Ley rige a partir de la fecha de su publicación y deroga las demás normas que le sean contrarias.</p>

La anterior numeración de los artículos de la reforma, aún no es precisa, porque en el momento de la realización del informe, la ley no había sido expedida, por estar en proceso de sanción presidencial. A partir de esto se

debe explicar, que el contenido del trabajo se basa en la información recopilada por el pasante, en su estadía en la Subsecretaría General de la Cámara de Representantes.

Este texto se obtuvo en las comisiones séptimas y se modificó, en base a lo ocurrido en las sesiones de la Cámara. También los apuntes del contenido de la reforma se consiguieron, gracias a la colaboración que recibí de Liliana Mora, quién es la asesora del Representante a la Cámara Eduardo Benítez Maldonado, uno de los ponentes del proyecto de reforma a la salud.

Por otra parte, profundizando en el contenido de la reforma, en seguida se expondrán sus principales innovaciones y se explica, cómo se producirá la universalización de la cobertura en salud.

### ***¿Cuáles son las innovaciones que genera la reforma?***

1. Administración por resultados del Sistema de salud. El Ministerio de la Protección Social será el órgano rector del sistema de salud y ejercerá el control de todos los actores que participan del sistema, haciendo una evaluación de gestión y resultados de cada uno de estos.

2. Creación de la Comisión de Regulación en salud (CRES). Esta comisión se encargará de la regulación del sistema de salud. Lo que implica que regulará el mercado del sector, pero no intervendrá en la economía del mismo. Sus funciones son:

- a. Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
- b. Definir y revisar periódicamente el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- c. Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada régimen.
- d. Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.

- e. Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3° del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
- f. Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
- g. Establecer y actualizar un Sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes un manual de tarifas mínimas que serán revisado cada año. En caso de no revisarse el mismo será indexado con la inflación causada.
- h. Definir cuando no medie relación contractual las tarifas mínimas para el pago de los servicios prestados en los casos de eventos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias y atención NO POS.
- i. Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
- j. Adoptar su propio reglamento.

3. Control de la Integración Vertical. Se basa en la limitación de hasta el 30%, que hace la reforma, a la contratación que las EPS podrán hacer con sus propias IPS (directamente o a través de terceros).

4. El Gobierno promoverá la conformación de asociaciones y cooperativas de las ESE. El Gobierno Nacional, departamental y municipal promoverá la creación y el fortalecimiento de asociaciones y/o cooperativas de las Empresas Sociales del Estado, que tengan como objetivo fortalecer la red pública hospitalaria, que se encuentra en crisis.

5. Afiliación de los empleados oficiales a la ARP del ISS. Todas las entidades oficiales del orden nacional, departamental, distrital y municipal, tendrán que afiliar a sus empleados a la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de Seguros Sociales. Considerando que al Estado como empleador, le corresponde cubrir en un 100% el aseguramiento de los riesgos laborales.

A la Administradora de Riesgos Profesionales del Instituto de los Seguros Sociales, se le encarga el traslado anual a las EPS del mismo instituto, de un porcentaje del excedente de sus reservas acumuladas al final de cada vigencia

fiscal, previos estudios actuariales avalados por la Superintendencia Financiera, que asegure dichas reservas y los gastos de funcionamiento de la ARP. El porcentaje será definido por el consejo directivo del ISS, y solo tendrá como finalidad financiar gastos inherentes a la salud, distintos al pago de gastos de personal, gastos generales administrativos y otros gastos no relacionados directamente con la prestación de servicios de salud.

6. Creación del defensor del usuario. El defensor dependerá de la Superintendencia Nacional de Salud en coordinación con la Defensoría del Pueblo. Su función será la de ser vocero de los afiliados, ante las respectivas EPS en cada departamento o en el distrito capital, con el fin de conocer, gestionar y dar traslado a las instancias competentes de las quejas relativas a la prestación de servicios de salud.

7. Poder judicial de la SUPERSALUD. La SUPERSALUD con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del SGSSS y en ejercicio del artículo 116 de la constitución política, tendrá las facultades propias de un juez, sobre sus vigilados.

8. Conformación del Plan Nacional de Salud. Este plan que irá dentro del plan nacional de desarrollo, cada cuatrienio, está compuesto por:

- a. El perfil epidemiológico que contiene: La identificación de los factores protectores, de riesgo y determinantes; la incidencia y prevalencia de las enfermedades que definan las prioridades en salud Pública.
- b. Las actividades que busquen promover el cambio de estilos de vida saludable y la integración de estos en los distintos niveles educativos.
- c. Las acciones que, de acuerdo con sus competencias, deben realizar el nivel nacional, los niveles territoriales y las aseguradoras.
- d. El plan financiero y presupuestal de salud pública, definido en cada uno de los actores responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo las entidades territoriales, y las EPS.
- e. Las coberturas mínimas obligatorias en servicios e intervenciones de salud, las metas en morbilidad y mortalidad evitables, que deben ser alcanzadas y

reportadas con nivel de tolerancia cero, que serán fijadas para cada año y para cada periodo de cuatros años.

f. Las metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana.

g. Las prioridades de salud pública que deben ser cubiertas en el Plan Obligatorio de Salud y las metas que deben ser alcanzadas por las EPS, tendientes a promover la salud y controlar o minimizar los riesgos de enfermar o morir.

h. Las actividades colectivas que estén a cargo de la Nación y de las entidades territoriales con recursos destinados para ello, deberán complementar las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud. El Plan de salud pública de intervenciones colectivas, reemplazará el Plan de Atención Básica.

i. Los modelos de atención, tales como, salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria.

j. El Plan nacional de inmunizaciones que estructure e integre el esquema de protección específica para la población colombiana en particular los biológicos a ser incluidos y que se revisaran cada cuatros años con la asesoría del Instituto Nacional de Salud y el Comité Nacional de Prácticas de Inmunización.

Finalmente, otras innovaciones que genera la reforma son: El sistema de inspección, vigilancia y control; las nuevas funciones del INS; el sistema de información; la supervisión del INVIMA a algunas áreas de la salud; la liquidación del pasivo prestacional de las ESE; la eliminación de los Co-pagos; la movilidad entre los regímenes del sistema; el reaseguro de los enfermos con ECAT; el aseguramiento de los trabajadores independientes; la protección de los flujos de recursos financieros; y el pago de deudas del régimen subsidiado.

### ***¿Cómo se logrará la universalización de la cobertura con la reforma?***

Con la reforma, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá alcanzar en los próximos tres años, la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I y II del SISBEN, de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al régimen subsidiado.

Para esto, se modifica la financiación del régimen subsidiado que estipuló la ley 100 de 1.993, en sus artículos 204 y 214. En el primero se trata la cotización y en el segundo, las fuentes de ingreso del régimen subsidiado.

El artículo 204 trata la cotización que deben realizar empleadores y trabajadores para la seguridad social. Con la reforma se debe aumentar en medio punto, la cotización que realizan los empleadores, subiendo del 8% que daban del total de la cotización (que es del 12%), al 8.5% (subiendo la cotización al 12.5%).

Ese medio punto se agrega a otro punto, conformado así:

0.5% que se extrae del punto que fue aprobado para pensiones en la ley 797 de 2.003, y el 0.5% que se le agrega a los regímenes especiales en la cotización del empleador.

En suma, este 1.5% será destinado a una sub-cuenta del FOSYGA, que financiará a los usuarios del régimen subsidiado de salud.

En cuanto a las fuentes de financiación del régimen subsidiado que trata el artículo 214 de la ley 100 de 1.993, la reforma las caracteriza así:

1. Las fuentes de recursos provenientes de las entidades territoriales son:

a. Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud – SGPS que se destinarán previo concepto del CONPES, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud serán: En el año 2007 del 56%, en el año 2008 del 61% y en el año 2009 del 65%. El último porcentaje no podrá ser superado a partir de ese año.

b. Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por Ley a pensiones, funcionamiento e investigación.

c. Sin perjuicio de lo previsto en el primer inciso del artículo 60 de la ley 715 de 2001, a partir del año 2009, del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinarán por lo menos el 25% a la financiación del régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada de la vigencia de la presente ley están asignando, si este es mayor.

d. Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

e. Los recursos propios y los demás que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, deberán estar garantizados de manera permanente.

2. Las fuentes de recursos provenientes del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, son:

a. 1.5% de la cotización del régimen contributivo, de la cuál, el 0.5% saldrá de los regímenes especiales y de excepción.

b. El Gobierno Nacional aportará un monto, por lo menos igual, en pesos constantes más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2.007 cuyo monto fue de \$286.953.000.000 (doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos).

c. El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la ley 100 de 1993.

3. Otras fuentes de recursos son:

a. Los recursos que para tal efecto sean aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.

b. Los rendimientos financieros que produzcan las diferentes fuentes que financian el régimen subsidiado.

c. El 15% de los recursos adicionales, que a partir de 1.997, reciban los municipios, distritos y Departamentos, como participación y transferencias, por concepto de impuesto de rentas sobre la producción de las empresas de la industria petrolera, causada en la zona de Cupiagua y Cusiana.

d. Los recursos que aporten los afiliados que tienen derecho a subsidio parcial para optar al subsidio pleno o al régimen contributivo.

## 6. CONCLUSIONES

1. La nueva ley, más que una reforma, es un complemento de la ley 100 de 1.993, que modifica la financiación del régimen subsidiado, para alcanzar la universalización de la cobertura en salud.
2. La nueva ley, en los aspectos de dirección, inspección, vigilancia y control, va a favor de las lógicas de mercado, lo cual favorece la competencia entre los actores del sistema en base a la regulación, pero no arregla los problemas de fondo en la calidad del servicio de salud.
3. Se busca mejorar algunos aspectos del sistema de salud, sin buscarle soluciones de fondo a la crisis actual. Cómo la situación social de:  
Los desplazados; los desempleados sin afiliación al sistema de salud; los vinculados al sistema y los excluidos por el SISBEN (estratos 0, 3 y 4).
4. Se hace una universalización de la cobertura desde el régimen subsidiado, sin tratar de realizar una política de producción de empleo, que posibilite que la afiliación se haga desde el régimen contributivo, para mantener la estabilidad del sistema de salud, lo cual evitaría el crecimiento del déficit del sistema público, que se supone es la principal preocupación del gobierno reformista y comunitario de Uribe.
5. Se debe considerar, que la “reforma” sigue la línea de la ley 100 de 1.993, en cuanto da “garrote y zanahoria” (cómo la política de un presidente gringo: T. Roosevelt), porque si se observa con detalle, la parte de financiación del régimen subsidiado, se le aumenta la cotización a los empresarios, que es algo justo y sano para el sistema de salud, pero también se recorta 0.5% del punto, que se les había subido a las pensiones en otra ley, lo cual es injusto con las personas de la tercera edad, quienes conforman la población (después de los niños) más vulnerable del país.
6. Se observan innovaciones en la regulación del sistema de salud, que propenden por la sana competencia dentro del mercado del sector, pero no se

anuncia una intervención drástica del Estado para solucionar la crisis de la red hospitalaria. Caso concreto, no se financia la reapertura del San Juan de Dios, ni la estabilidad del materno Infantil, entre otras decenas de hospitales y clínicas públicas en quiebra.

7. En el plano político, se puede analizar que el gobierno posee, con las mayorías en el congreso la posibilidad de establecer una serie de políticas que vayan a favor de sus intereses. Aunque no hay que despreciar la férrea oposición que el Polo Democrático ha mantenido, con lo cual las leyes aprobadas se han amoldado en parte, a las necesidades sociales que el país solicita. Esto se demuestra observando el artículo de la integración vertical, donde intervino de forma efectiva el Partido Polo Democrático Alternativo, con el Representante Wilson Borja.

8. La universalización de la salud a través del régimen subsidiado y una prolífica carnetización, va a favor de la consolidación de las desigualdades sociales, y en el largo plazo, puede generar el colapso financiero del sistema de salud, por el desbalance que produce la afiliación sin cotización, además, no se realiza una necesaria política a favor del empleo, que debería ir de la mano con la afiliación al sistema de salud dentro del régimen contributivo, lo cual sería una medida sana para el sistema y la población en general.

9. El SISBEN es un sistema que usa las encuestas, como una herramienta técnica, para excluir a la población que no alcanza a ser cobijada por el presupuesto.

También provoca las condiciones necesarias para que se produzca el clientelismo a nivel local, porque las encuestas del sistema son manipulables, lo cual genera, que en algunas ocasiones, políticos corruptos utilicen la afiliación al sistema de salud, para ganar votos o reconocimiento político.

## 7. COMENTARIOS A LAS PRINCIPALES TEMÁTICAS DE LA REFORMA

Para realizar estos comentarios, se tendrá cómo base teórica la obra de John Rawls “el liberalismo político”<sup>10</sup>, con el motivo de tener un parámetro de justicia social que determine si la reforma, en sus temáticas principales, se aproxima a la justicia de Rawls o se aleja definitivamente.

También, haciendo referencia a algunos argumentos de la doctrina neo-institucional y la explicación que produce Jeremy Rifkin sobre el posfordismo<sup>11</sup>, se comentarán las temáticas de la universalización de la cobertura y la creación de la comisión de regulación en Salud (CRES).

De la obra de Rawls, se considerarán tan sólo los principios de la justicia y la concepción de los bienes primarios, porque estos proveen con claridad, los argumentos para el análisis de las principales temáticas de la reforma.

Los principios de la justicia de la teoría de Rawls, son:

“Primero: Cada persona ha de tener un derecho igual al esquema más extenso de libertades básicas que sea compatible con un esquema semejante de libertades para los demás. Segundo: Las desigualdades sociales y económicas habrán de ser conformadas de modo tal que a la vez que: a) se espere razonablemente que sean ventajosas para todos (Principio de la diferencia), b) se vinculen a empleos y cargos asequibles para todos”<sup>12</sup>.

Se debe señalar que los principios de la justicia se cumplen en orden lexicográfico, que significa que el primer principio es más importante que los subsiguientes, así Rawls establece una jerarquía en el cumplimiento de los principios de la justicia.

---

<sup>10</sup> Rawls, John. El liberalismo Político. Traducción de Sergio Madero B. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión 1.996.

<sup>11</sup> Rifkin, Jeremy. Traducción de Guillermo Sánchez. El fin del Trabajo. Barcelona: Editorial PAIDOS. 1.996. p. 119-136.

<sup>12</sup> Rawls, John. Op. Cit. p. 276.

En cuanto a la concepción de bienes primarios, es necesario decir, que son el vínculo con la materialidad que posee la teoría de la justicia, porque ellos determinan el cumplimiento de los principios de la justicia.

Rawls expone que los bienes primarios son:

“a) Los derechos y las libertades básicas; b) La libertad de desplazamiento y la libre elección de ocupación en un marco de diversas oportunidades; c) Los poderes y las prerrogativas de los puestos y cargos de responsabilidad en las instituciones políticas y económicas de la estructura básica; d) Ingresos y riqueza; y e) Las bases sociales de respeto a sí mismo”<sup>13</sup>.

La teoría de la justicia se basa en una situación hipotética, desde una posición original, condicionada por un velo de ignorancia, donde todos los miembros de una sociedad determinan los principios de la justicia que los gobernarán. Pero su aplicabilidad es limitada, y ha sido repetidamente criticado el idealismo de la teoría.

Atilio Boron explica que el idealismo de la teoría de Rawls, se encuentra en la hipótesis, de una situación antes de los tiempos, donde hombres y mujeres sin el conocimiento de su posición real y particular, en la sociedad, determinan las reglas que los gobernarán, en adelante<sup>14</sup>.

Frente a todo esto, los comentarios con base teórica en la obra de Rawls, se centrarán únicamente en descubrir, si estos se alejan o se acercan, de los principios de la justicia y/o de los bienes primarios.

---

<sup>13</sup> Rawls, John. Op. Cit. p. 177.

<sup>14</sup> Boron, Atilio. Justicia sin capitalismo, capitalismo sin justicia. En: Revista Análisis Político. Universidad Nacional. N° 49. May-Ago. 2003. p. 49-51.

Las temáticas para comentar el contenido de la reforma son las siguientes:

### *1. UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA*

La conservación de un sistema con regímenes diferenciados, produce un régimen contributivo de los privilegiados de la sociedad (empleados), los cuales tienen un POS que cubre el 100% de los gastos, frente a un régimen subsidiado de los menos favorecidos (desempleados), los cuales tienen un POS que cubre el 50% de los gastos en salud.

Esto hace que exista un régimen y un sub-régimen dentro del sistema de salud, lo que consolida la desigualdad social.

Si se considera el principio de la diferencia de Rawls, el cual expresa que se debe hacer una estructura social basada en otorgar el máximo de ventajas posibles al menos privilegiado de la sociedad, se observará, que la ley 100 va en contravía de este principio, porque se basa en producir ventajas en el “mercado” de la salud a los empresarios privados, sin solucionar los problemas que poseen en materia de salud los más desvalidos (considerando que la reforma sigue la misma línea de la ley 100).

La cobertura universal, sí se alcanza a través del régimen subsidiado, no sería justa, porque no beneficia correctamente a los menos favorecidos, entendiéndose que no se alcanzaría a obtener los bienes primarios (cómo los entiende Rawls) para esta población, porque el POS que se les daría sería un sub-servicio, que no atendería de forma adecuada sus necesidades.

Debería promocionarse una política que considerara la afiliación al sistema de salud con base en la producción de empleos, porque si se fusionaron las carteras de los Ministerios del trabajo y de la salud, en el Ministerio de la Protección Social, se facilitaría una política pro-empleo que se sume a la afiliación masiva al sistema de salud por medio del régimen contributivo.

Pero se realizó ésta fusión, tan solo para recortar gastos, aumentando el desempleo, con el motivo de controlar el déficit fiscal y obedecer las políticas

neo-institucionales que vienen de las organizaciones supranacionales financieras (BM, FMI y BID).

Por otra parte, el mantenimiento del SISBEN como sistema de escogencia de los nuevos beneficiados del sub-régimen (régimen subsidiado), tendría posibilidades de revivir viejas prácticas políticas como “el clientelismo”<sup>15</sup>, de una forma casi industrial, porque las ambigüedades del sistema de escogencia, producen vacíos que serían aprovechados por algunos de los políticos corruptos del nivel local, que aún conservan prácticas clientelistas.

También el SISBEN realiza la exclusión de los estratos 3 y 4, lo cual va en favor del nuevo modelo de producción económica, denominado posfordismo<sup>16</sup>, porque se pasó de un modelo de producción fordista, el cual beneficiaba la creación de clases medias en la sociedad, que tenían un conocimiento mediano sobre su trabajo, aplicado en la producción en masa. A un modelo de producción que privilegia a las elites del conocimiento, las cuales se caracterizan por poseer variadas funciones dentro de una misma empresa, estando especializados y doctorados, en la producción justo a tiempo, que cumple con las especificaciones de acuerdo al pedido del cliente.

Expongo este cambio en la producción que también se denominó toyotismo, porque las nuevas condiciones de la producción, propenden por un orden social, sin clases medias y con un abismo en la brecha entre ricos y pobres.

Actualmente, la construcción institucional del Estado combina el modelo económico del posfordismo, con la doctrina neo-institucional que proviene de las organizaciones financieras supranacionales (BM, FMI, y BID).

Concluyendo éste comentario, se debe decir, que dentro del sistema de salud, se materializa la institucionalidad del posfordismo, porque se está consolidando un sistema con regimenes diferenciados, uno para ricos y otro para pobres.

---

<sup>15</sup> Le Bonniec, Yves. Op. Cit. p. 167-169.

<sup>16</sup> RifKin, Jeremy. Op. Cit. p. 119-136.

Con el agravante de que la mayoría de la población, quedaría afiliada al régimen subsidiado, que presta un servicio de baja calidad, con un POS que cubre el 50% de los gastos en salud.

## *2. CREACIÓN DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD*

La doctrina neo-institucional va a favor de la creación de nuevas instituciones en el Estado, que introducen la tecnocracia, la regulación del mercado y la mínima o inexistente intervención del Estado en la economía. Cómo lo pretende la nueva ley con la creación de la CRES.

Con esto los Estados nacionales quedan debilitados institucionalmente, porque sin tener una intervención directa en la economía, es posible que se conviertan tan sólo en instrumentos que regulan a la sociedad, pero que no controlan su producción y reproducción, ni las relaciones entre los individuos. Lo que acarrearía, el establecimiento de la ley del más fuerte, dentro de la sociedad.

La creación de esta comisión, está de acuerdo con el modelo de reforma al Estado, porque cumple con los postulados que caracterizan las políticas neo-institucionales, que sirven para la implementación de un modelo económico posfordista en la sociedad (modelo según Jeremy Rifkin).

## *3. REASEGURO DE LOS ENFERMOS CON ECAT*

Las Enfermedades Catastróficas de Alto Costo (SIDA, Cáncer, deficiencia renal, entre otras) y su atención, deberían ser parte integral del POS sin que hubiera que hacer un reaseguro.

Se puede decir que el reaseguro no cumple con la justicia de Rawls, porque los usuarios del sistema en la contingencia de una ECAT, no tendrán los bienes primarios para tener una igual libertad (primer principio), no tendrán el respeto por sí mismos, y finalmente no tendrán igualdad de oportunidades (segundo principio) en una sociedad que permite el re-aseguramiento. Lo cual presupone que nuestra sociedad excluye a aquellos que han caído en desgracia.

#### *4. CARNETIZACIÓN NACIONAL PARA DESPLAZADOS*

Es difícil consolidar una población (desplazados) que está en constante movimiento. Así que ampliar la cobertura a través de la carnetización cuesta demasiado y es ineficiente. Además éste es un arreglo, cómo dice el dicho popular de “pañitos de agua tibia”, porque no se consideran las situaciones de fondo que generan el fenómeno del desplazamiento, puesto que el gobierno Uribe va a favor de la guerra en su lucha “antiterrorista” y no produce las condiciones necesarias, para bajar la intensidad de la confrontación armada (cómo lo exige el derecho internacional humanitario) sobretodo en las regiones rurales del país, de donde emergen la mayoría de los desplazados.

En este tema, la evaluación de la justicia, se basaría en las garantías que el gobierno genera a los menos favorecidos de la sociedad colombiana (cómo lo explica Rawls con su principio de la diferencia).

Evaluación que en este aspecto, queda reprobada, por la falta de una política social, que se realice a la par de la seguridad democrática. Porque el problema de la salud de algunos desplazados se alivia con la carnetización y afiliación al régimen subsidiado, pero la situación de todos, se soluciona haciendo la paz y una política social eficaz.

#### *5. PLAN NACIONAL DE SALUD PÚBLICA*

Centralizar la política de salud en un plan nacional, es bueno, considerando que anteriormente cada EPS manejaba su criterio para prestar servicios y para atender la salud pública, lo cual no había dado resultado. La igualdad por la que propende el plan iría a favor del primer principio de Rawls, porque la prestación de servicios de salud se produciría de una forma igual para todos los usuarios, en cada régimen.

De esto se debe decir, que la diferenciación de POS entre los regímenes, hace que se consolide la desigualdad social en el sistema.

## *6. FORTALECIMIENTO DE LAS FUNCIONES DE LA SUPERSALUD*

Considerando las funciones fortalecidas de la SUPERSALUD, se observa que existe una gran intervención de la ideología de la regulación del mercado (neo-institucional y neoliberal), que va a favor de la competencia entre los actores del sistema de salud. Lo cual genera mayores ganancias para las entidades privadas, que son las más fuertes del sistema de salud.

Tan sólo con la vigilancia del sistema, no se mejora la calidad del servicio de salud. De esta forma se estaría incumpliendo con la teoría de Rawls, porque el principio de igual libertad no se tendría en cuenta, y los bienes básicos, sólo se protegerían para una minoría que tiene ventajas en la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Le Bonniec, Yves. Rodríguez Salazar, Oscar. Et al. Sistema de protección Social: Entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social. Bogotá: Centro de Investigaciones para el Desarrollo. Universidad Nacional de Colombia. Primera edición. 2.005. Pp. 157-176; 209-210.
- 2) Ley 100 de 1.993. Bogotá: Representaciones y Distribuciones EL TREBOL. 2.006. p. 101-170.
- 3) Rawls, John. El liberalismo Político. Traducción de Sergio Madero B. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión 1.996. p. 177-276.
- 4) Rifkin, Jeremy. Traducción de Guillermo Sánchez. El fin del Trabajo. Nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era. Barcelona: Editorial PAIDOS. 1.996. p. 119-136.
- 5) Boron, Atilio. Justicia sin capitalismo, capitalismo sin justicia. En: Revista Análisis Político. Universidad Nacional. N° 49. May-Ago. 2003. p. 49-51.
- 6) Moreno Rojas, Néstor Iván (Senador del PDA). Debate convocado por el Polo Democrático Alternativo (PDA), para analizar el sistema de salud. Resumido por el pasante. Realizado en el Senado de la República. 26 de Septiembre de 2.006.
- 7) Orozco Africano, Julio Mario. "Porqué reformar la reforma". (2006); p. 28-30. Dirección en Internet: [www.eumed.net/libros/2006/jmo/](http://www.eumed.net/libros/2006/jmo/) Consulta realizada el 7 de Octubre de 2.006.