



REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Boletín de seguimiento **Noviembre de 2012** **BOLETÍN N° 212**

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en Colombia ha pasado por diferentes periodos de evolución. A partir de 1993, se da un cambio estructural importante: el paso de un modelo asistencialista, público y centralizado a un Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este modelo, establecido a partir de la Ley 100 de 1993, brindaría cambios sustanciales en la administración y servicios de salud en Colombia. Adicionalmente, la Constitución Política de 1991 significó una transición hacia un Estado Social de Derecho, lo cual obligó a repensar la manera como se brindaban algunos servicios esenciales para la garantía de los derechos de la población. La salud empieza a verse como un derecho primordial del ciudadano que, aunque se define como derecho prestacional¹, adquiere un carácter preponderante, deja de ser un favor brindado por el Estado para convertirse en una obligación del mismo.

El Sistema General de Seguridad en Salud se establece como un modelo integral basado en un esquema de aseguramiento, que permite a instituciones tanto públicas como privadas administrar y prestar el servicio de salud de manera eficiente, solidaria y universal. Sin embargo, a pesar de los grandes avances obtenidos al llegar a una cobertura del 96%, este sistema ha demostrado tener dificultades en su implementación, en especial en materia de eficiencia, calidad y sostenibilidad.

Ante este panorama, el Congreso de la República discute actualmente seis proyectos de ley que abordan diversos aspectos del Sistema, tales como como atención a la población, problemas fiscales, y regulación al derecho fundamental a la salud. Este boletín describe el actual sistema de seguridad social en salud, analiza los principales retos de su funcionamiento, y elabora un recorrido por los proyectos que intentan modificarlo, para explicar su contenido central y las posibles implicaciones de cada uno en caso de ser aprobados.

ESTRUCTURA DEL ACTUAL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Antes de la Ley 100 de 1993 existía un modelo de salud de carácter público, en el cual el Ministerio de Salud transfería los recursos a direcciones seccionales que además de administrar recursos, planificar y nombrar el personal, vigilaban y controlaban las actuaciones de los hospitales universitarios y regionales, generando altos costos burocráticos, nóminas paralelas y un grave conflicto de intereses, ya que una misma entidad podía ser juez y parte de un proceso de control.

Con la puesta en marcha de la Ley 100 se da un giro trascendental a la administración y prestación del servicio en Colombia. Con el fin de brindar mayor eficiencia al sistema, se estableció que instituciones tanto públicas como privadas pudieran administrar y prestar el servicio de salud. De acuerdo con su función y alcance, éstas instituciones se clasifican en: entidades territoriales de salud, entidades administradoras de planes y beneficios o (EAPB), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS) y Empresas Sociales del Estado (ESE).

Gracias a este modelo han coexistido instituciones de diferentes niveles de gobierno y de carácter público y privado, para financiar, administrar y brindar el servicio de salud a la población².

Respecto al recaudo de recursos, se definió un esquema de financiación conformado por dos regímenes: contributivo y subsidiado. El régimen subsidiado contempla diversas fuentes de ingresos como el Sistema General de Participaciones, aportes del presupuesto nacional y de las cajas de compensación familiar, rendimientos financieros, excedentes de contratación, multas, reintegros y rentas cedidas a la salud³. Por su parte, el régimen contributivo se financia exclusivamente con aportes parafiscales de los trabajadores dependientes, sus empleadores, los trabajadores independientes y los pensionados⁴ y busca garantizar el aseguramiento de la población con capacidad de pago, por medio de las EPS para cubrir los costos de los servicios. Adicional a esto, la ley diseñó la Unidad de Pago por Capitación (UPC), como valor fijo mediante el cual se unifican los costos del paquete básico de los servicios en salud que

HOJA DE VIDA DE LA LEY

1. Proyecto de ley No. 06/12 Senado. Manual de tarifas mínimas de salud.
2. Proyecto de ley estatutaria No. 48/12 Senado. Por medio del cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud.
3. Proyecto de ley estatutaria No. 105/12 Senado. Por medio del cual se reglamenta el Derecho a la Salud
4. Proyecto de ley No. 50/12 Cámara. Denegación de atención a la salud.
5. Proyecto de ley No. 51/12 Senado. Por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
6. Proyecto de ley No. 135/12 acumulado con el número 106/12 Senado. Por medio del cual se adoptan medidas en el Sistema General de Seguridad Social en salud para mejorar y el flujo de recursos y se dictan otras disposiciones.

OBJETIVO DEL OBSERVATORIO LEGISLATIVO

En el Instituto de Ciencia Política se considera que la efectiva participación ciudadana tiene como requisito esencial el acceso a una información adecuada y oportuna. Por este motivo, el Observatorio Legislativo busca: i) generar espacios donde diversos sectores puedan debatir y reflexionar sobre el contenido de los proyectos; ii) brindar información acerca del trámite de los principales proyectos que se discuten en el Congreso, y iii) contribuir con el debate generando propuestas que desde la sociedad civil enriquezcan los proyectos.

El Observatorio Legislativo es un proyecto del Instituto de Ciencia Política apoyado económicamente por la Comunidad de Madrid, en su interés por promover proyectos que permitan el fortalecimiento institucional.

1 Son derechos prestacionales o asistenciales aquellos que requieren de procedimientos y entidades que permitan hacerlos efectivos. Orozco, Julio Mario. ¿Por qué reformar la reforma? UNISINÚ, 2005. Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006/jmo

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

esenciales www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/C/calidad_y_cobertura_retos_en_salud/calidad_y_cobertura_retos_en_salud.asp

3 Son rentas cedidas por la Nación a las Entidades Territoriales con destinación específica para el sector salud: juegos de suerte y azar e IVA cedido por la venta de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares.

4 Corte Constitucional. Sentencia C-828 de 2001.

ofrece el sistema⁵. Los recursos de todo el Sistema se recaudan en el Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA), cuenta manejada por encargo fiduciario que integra las subcuentas del régimen contributivo, del régimen subsidiado, de promoción en salud y de riesgos y accidentes de tránsito.

La prestación del servicio de salud se realiza a través de cinco planes de beneficios⁶: el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual contempla un listado de servicios y medicamentos que las prestadoras tendrán la obligación de brindar; el Plan de Atención Básica (PAB), el cual incluye acciones gratuitas de promoción, prevención y enfermedades de salud pública por parte de las entidades territoriales; los planes de atención en accidentes de tránsito y eventos catastróficos, atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo o al FOSYGA según sea el caso; y los Planes de Atención Inicial de Urgencias. Por otra parte, además de estos cinco, existen los Planes Adicionales de Salud

(PAS), los cuales permiten a las personas con capacidad de pago acceder de manera voluntaria a servicios agregados a cambio de un pago adicional en salud⁷.

En cuanto a la estructura institucional, las funciones se distribuyen así: a nivel nacional existe un órgano de dirección del sistema, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)⁸, así como la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y la Superintendencia de Salud, las cuales se encargan cada una de dirigir, supervisar la administración de recursos, regular tarifas y medicamentos y la prestación general del servicio. Por su parte, los departamentos y municipios deben dirigir, coordinar y vigilar el sector de la salud en su jurisdicción, además de desarrollar planes en materia de salud pública como los PAB y las demás disposiciones que le establece la ley.

Pese a los esfuerzos de reforma con la Ley 100 para brindar un servicio de salud de calidad a toda la población,

existen serias dificultades que han puesto en jaque el actual sistema. Para algunos expertos la solución radica en acabar con la intermediación del servicio, es decir las EPS, ya que generan altos costos de transacción, intermediaciones innecesarias y desviación de recursos. Adicionalmente, otros consideran que la solución está en analizar quién debe ejercer la función de compra y prestación de servicios con exposición al riesgo; mientras para otros se deben corregir los problemas financieros⁹ preservando la esencia del modelo actual.

Ante tal complejidad, este boletín pretende brindar un panorama de varias propuestas de modificación al sistema de salud que hoy surten su trámite en el Congreso y que deben discutirse ampliamente, desde la academia y la sociedad civil, con el fin de brindar soluciones sopesadas, coordinadas, efectivas y justas a la actual crisis de salud que afronta Colombia.

PROYECTO DE LEY: MANUAL TARIFARIO

El proyecto de ley que actualmente se encuentra en segundo debate en el Congreso busca, por un lado, facultar al Gobierno para establecer un manual de tarifas mínimas para el cobro de los servicios de salud, con el fin de procurar que las IPS, las ESE y las asociaciones de profesionales compitan con las EPS en la prestación de servicios bajo unos estándares mínimos de calidad, garantizados por la imposibilidad de ofrecer precios por debajo de las tarifas mínimas fijas. Así mismo, busca prohibir la integración vertical de las EPS adoptando medidas para evitar el abuso de la posición dominante. Lo anterior se sustenta en la ausencia de regulación de las EPS y la gran capacidad de negociación que estas tienen para capturar rentas y generar altos costos de intermediación, dos de los factores que han desencadenado la insostenibilidad del sistema de salud en Colombia.

El proyecto propone que las tarifas del servicio de salud reflejen los costos necesarios y las prestaciones para cumplir la obligación de constante mejoramiento del servicio y la remuneración digna de los profesionales de la salud. Las tarifas que fije el gobierno deberán ser realistas, es decir, compensar los costos de funcionamiento, intervenciones, procedimientos, y servicios hospitalarios, y además contemplar márgenes para adecuación tecnológica y desarrollo de programas de calidad de los mismos.

Principales modificaciones: Proyecto manual de tarifas mínimas

El Gobierno deberá presentar el modelo del manual de tarifas mínimas fijadas en SMLDV.

Regirá para la compra y venta de actividades, intervenciones, procedimientos en salud y servicios hospitalarios contenidos en el plan de beneficios.

Será de obligatoria aplicación para las empresas administradoras de planes de beneficios y prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Estas tarifas mínimas también aplican para la facturación de la atención en salud que deban asumir las EPS.

Sólo aplica para bienes y servicios incluidos en el POS.

Deben ser acordes con una "medida razonable", es decir, deben compensar suficiente los costos de producción y los costos de calidad y eficiencia.

La Comisión de Regulación en Salud (CRES) deberá expedir en seis meses el Manual de Tarifas Mínimas.

Las IPS no podrán descontar dinero alguno de los pagos al talento humano en salud con excepción de los descuentos y retenciones de ley.

Las EPS no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS, ni podrán conformar con ninguna IPS integraciones comerciales.

Las empresas productoras, distribuidoras, comercializadoras de materiales, insumos, medicamentos o tecnologías en salud no podrán directa o indirectamente ser socias o accionistas de EPS o IPS.

Las IPS no podrán exceder su capacidad técnica y de contratación en contratos suscritos con las EPS.

Los anticipos que paguen las EPS de contratos con las IPS no podrán exceder el 50% de su valor y deberán presentar ante la Superintendencia Nacional de Salud el consolidado de los anticipos no legalizados.

El Manual de Tarifas Mínimas en ningún caso aplica para los usuarios del sistema, ni para las cuotas moderadoras, los copagos y cuotas de recuperación.

Ahora bien, los senadores ponentes del partido de oposición Polo Democrático Alternativo, argumentan que mientras las EPS sigan operando es necesario prohibir la integración vertical, la formación de grupos empresariales y el abuso de la posición dominante; no sin señalar que se requiere la eliminación de las EPS y, especialmente, de la intermediación financiera. Es importante resaltar que actualmente se debate en el Congreso el proyecto de Ley 105/12, el cual establece la eliminación de las EPS, por lo tanto, el desarrollo de esta iniciativa dependería del proceso de discusión y aprobación del proyecto en trámite para determinar su viabilidad en el Sistema de Salud.

Proyectos de ley estatutaria: El derecho fundamental a la salud

En el segundo período de sesiones ordinarias de 2012 se presentaron tres proyectos relacionados con el derecho fundamental a la salud; actualmente dos de estos se encuentran surtiendo el segundo debate y uno de estos fue acumulado. Ambos proyectos están orientados a brindar una base sobre este derecho y desplegar medidas subsecuentes a la reforma. El primero tiene por autoría ocho congresistas de la llamada Unidad Nacional y el segundo dieciocho congresistas de los cuales la mayoría hace parte de la oposición.

5 Sentencia C-1480/00 de la Corte Constitucional. se entiende la UPC como el valor del aseguramiento per cápita que da derecho al usuario a recibir del sistema la atención en salud que requiera, dentro de los parámetros del Plan Obligatorio de Salud (POS), independientemente de su capacidad económica y de su aporte al sistema. En virtud de lo anterior, mensualmente cada EPS o ARS recibe, por cada afiliado, el

valor de una UPC (o UPC-S según el caso), que proviene de las cotizaciones de trabajadores y empleadores en el caso del RC y total (sic) parcialmente subsidiada por el Sistema de Salud, en el caso del Régimen Subsidiado de Salud.

6 Decreto 806 de 1998.

7 El Decreto 806 de 1998 en su artículo 18 define los Planes Adicionales de Salud, como aquel conjunto de beneficios

opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

8 Art. 2 del Acuerdo 31 de 1996, por el cual se adopta el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

9 Derivados del crecimiento exponencial de los servicios no POS.

PROYECTO DE LEY ESTATUTARIA NO. 48/12¹⁰ "POR MEDIO DEL CUAL SE REGULA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD"

El proyecto No. 48/12 Senado tiene por objeto proteger, garantizar y materializar el derecho constitucional fundamental a la salud, y para esto se propone: establecer los derechos y deberes del usuario y la inclusión de servicios y medicamentos antes no contemplados en el POS, además de realizar cambios en el funcionamiento del Sistema (tales como: crear un Plan Único de Beneficios, un Fondo Único Pagador, establecer un Comité Técnico Científico y una instancia para dirimir conflictos entre el usuario y el Estado denominada "Acción de Protección a la Salud"). En materia de derechos, el proyecto considera una serie de obligaciones que deben cumplir las IPS, EPS y ESES para brindar un mejor servicio. Es importante resaltar que si bien el gobierno no presentó en esta legislatura un proyecto relacionado con la materia, aclaró que apoyará las iniciativas relacionadas y dará sus aportes frente a los lineamientos de los derechos fundamentales y hasta dónde podrán acceder los usuarios a los servicios de salud.

Principales derechos a los usuarios que establece el Proyecto No. 48/12

Acceder a los bienes contenidos en el Plan Único de beneficiarios.

Elegir libremente el asegurador y recibir un trato digno.

Mantener comunicación con el profesional de la salud.

Tratar de manera confidencial su historia clínica.

Recibir asistencia con calidad.

Menores costos en cuotas moderadoras o copagos ante buenas prácticas de salud.

Recibir explicación sobre cuentas.

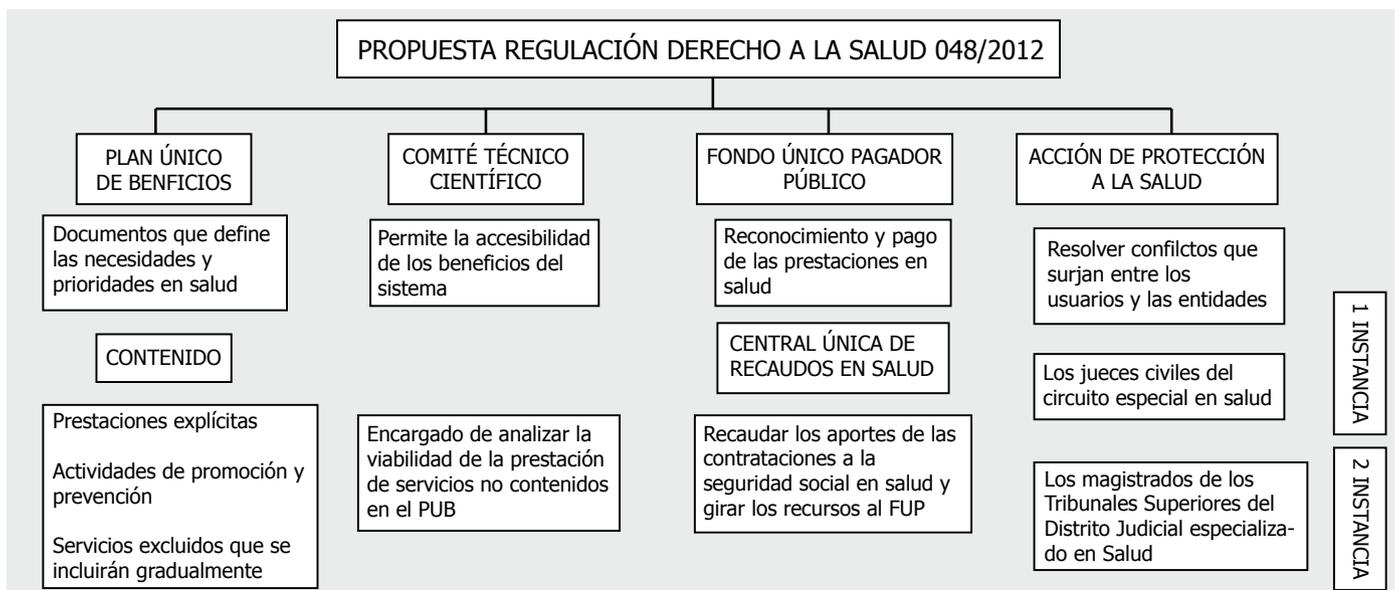
Respetar la voluntad sobre la donación de órganos.

Ser atendido de manera inmediata en las IPS cuando se presente urgencia vital.

Recibir prestaciones de salud y participar en procesos de definición e implementación de decisiones de salud.

Respecto a los deberes de los beneficiarios el proyecto establece obligaciones como procurar el cuidado integral de la salud del usuario y su familia y la contribución en el pago de las primas o cuotas que exija la ley. Sin embargo, un punto importante del proyecto consiste en que en ningún caso el incumplimiento de procurar el cuidado integral de su salud o la de su familia implicará la negación o disminución de la prestación del servicio. Ello es importante ya que fomenta la prevención en salud sin que esto signifique alguna represalia para el usuario.

En relación con los cambios en el funcionamiento del sistema, el proyecto propone unificar los diferentes sectores de salud en un solo paquete que contemple los productos y actividades de una manera más organizada y eficiente, como lo describe el siguiente cuadro:



Gráfica No. 1 Esquema de salud, proyecto de ley 048/12 Senado

Plan único de beneficios, Fondo único pagador y acción de protección a la salud

El Plan único de beneficios sería establecido conforme a los criterios epidemiológicos, de carga de enfermedad, la disponibilidad de recursos, la priorización de metas y los valores sociales. De ser aprobado, este plan ofrecerá los servicios generales en materia de salud e incluirá las prestaciones explícitas, la realización de atención primaria (promoción y prevención) y la atención de enfermedades generales, graves e incurables.

Sin embargo, el proyecto no profundiza en cómo se llevaría a cabo la unificación de los diferentes planes de beneficios actuales, lo cual impide realizar un análisis sobre la viabilidad de la propuesta. Aunque no

desarrolla la metodología concretamente, si establece que deberá hacerse de manera pública, transparente y garantizando la participación directa de la comunidad médica, usuarios y otros sectores. Esto, si se ejecuta adecuadamente, podría significar el establecimiento de un plan realista y adecuado a las necesidades de la población, en un proceso concertado e incluyente. Adicionalmente, se ampliaría la posibilidad de acceder a los servicios no contenidos en el PUB, dejando la decisión en el profesional, aunque bajo la autorización de un nuevo órgano denominado el **Comité Técnico científico de la EPS**, el cual deberá garantizar y respetar la autonomía médica en la toma de decisiones.

Del mismo modo, el proyecto propone la creación del **Fondo único Pagador Público**, con recursos

parafiscales, destinado al reconocimiento y pago de las prestaciones en salud. Este fondo único tendrá una **Central Única de Recaudos en Salud** con el fin de recaudar los aportes de las cotizaciones a la seguridad social en salud y girar los recursos al FUP. Hay que tener en cuenta que la actual reforma tributaria elimina los parafiscales, por lo tanto habría que analizar muy bien cómo el nuevo impuesto a las utilidades de las empresas lo remplazarán y como se recaudará el dinero destinado al cumplimiento de esta obligación.

En materia de resolución de conflictos o controversias entre usuarios y entidades se propone crear la **Acción de Protección a la salud** para dirimir conflictos y actuar cuando se vea amenazado o vulnerado el derecho fundamental a la salud de los usuarios.

10 Para la fecha en que se realizó este boletín, aún no estaba disponible al público el texto que acumulaba el proyecto 059/12 en el 48/12, por lo tanto el análisis comparativo se realizó con el último proyecto mencionado.

11 Una nueva plataforma de indicadores debe ser diseñada bajo una variable de referencia, la cual se convierta en un eje comparativo entre instituciones y sea un punto de equilibrio entre cobertura vs capacidad instalada. Cuando se tengan en

cuenta estas variables comparativas hablaremos de calidad relativa entre entidades promotoras de servicios e instituciones prestadoras. Escandón Vega, Luis Carlos. Ingeniero Industrial, Consultor en Sistemas de gestión de calidad en el área de Salud.

PRIMER

Establecer un manual de procedimientos con el fin de procurar que no se menoscabe la calidad de los servicios y mejorar las condiciones laborales y profesionales de la salud.

PL No. 0
Manual de procedimientos de servicios de salud

TERCER DEBATE

Define medidas para mejorar el flujo de recursos y liquidez a través del eficiente uso de recursos de saldos excedentes y aportes patronales y la definición de mecanismos para el financiamiento de deudas.

PL No. 135/2012 - 119/2012
Medidas para liquidez y mejorar el flujo de recursos

REFORMA A LA S

PL No. 51/2012
Recursos del Sistema de Salud

PRIMER DEBATE

Redefine las funciones de la administración y prestación del servicio para garantizar el acceso, oportuno y adecuado flujo de recursos.

PL No. 5
Denegación de atención

PRIMER

Adiciona al código penal la responsabilidad de la persona que, por negligencia, omite, impide o niega su prestación.

DEBATE

de tarifas mínimas con las IPS compitan sin del servicio y sin de-laborales de los pro-

06/2012

tarifas mínimas
salud

PRIMER DEBATE

Define el derecho fundamental a la salud, la sostenibilidad en el financiamiento del Plan Único de Salud, la calidad en acceso, continuidad y progresividad, la eliminación de las exclusiones en el POS y los mecanismos para incentivar el cuidado de salud.

PLE No. 48/2012

Regula el Derecho Fundamental a la Salud

FORMA
SALUD

PLE No. 105/2012

Reglamenta el Derecho a la Salud

05/2012

regulación de
la salud

DEBATE

al, la penalización al que "teniendo la prestación del servicio a, dilate, retarde o

PRIMER DEBATE

Define el derecho fundamental a la salud, la sostenibilidad en el financiamiento del Plan Único de Salud, la calidad en acceso, continuidad y progresividad, la eliminación de las exclusiones en el POS y los mecanismos para incentivar el cuidado de salud.

PROYECTO DE LEY 105 / 2012 S, POR MEDIO DEL CUAL SE REGLAMENTA EL DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD

Como se mencionó anteriormente, el proyecto de ley No. 105 /12 S es una iniciativa multipartidista, que abarca congresistas del Polo Democrático Alternativo, el Partido Liberal, la Alianza Social Independiente, el MIRA, el Partido Verde, el PIN y el Partido Conservador.

En este proyecto se establecen los derroteros que deberían regir el derecho a la salud así como los componentes y los principios y los criterios particulares para su acceso. Además propone la creación del *Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud*, al cual se incorporan diferentes órganos relacionadas con el recaudo y administración de recursos, el manejo del sistema de información en salud y de la dirección de resolución de conflictos.

Esta iniciativa va más allá de la descripción de obligaciones de los prestadores, abarcando una visión

más integral del derecho a la salud, la cual incluye una exigencia mayor por parte del Estado en términos de prestación del servicio con el fin de dar plena efectividad al goce del derecho a la salud en todos sus componentes esenciales. En este sentido el proyecto define los componentes del derecho y los deberes del Estado, los principios orientadores, los criterios generales aplicables a cada sector estatal, y los límites y procedimientos para dirimir conflictos.

Respecto a los criterios que deben regir el derecho a la salud se encuentran la inclusión de temas como desigualdad en el acceso al servicio, consulta previa para las comunidades étnicas, calidad de vida de la población y nuevos indicadores¹¹ para registrar violaciones sistemáticas al derecho a la salud. De igual manera se definen líneas de acción a nivel sectorial e intersectorial y se establece que el control político estará a cargo del Congreso de la República.

Otro tema de gran relevancia es la disposición de criterios de garantía para morir dignamente, y el establecimiento de obligaciones gubernamentales para la elaboración de una política pública en salud en doce años, planes nacionales de salud cada cuatro años y el establecimiento de un Sistema único descentralizado de seguridad social en salud.

Adicionalmente, con el proyecto se propone establecer un Sistema Único Descentralizado de Seguridad Social en Salud con el fin de asegurar cobertura, buena administración de recursos y sostenibilidad del sistema de seguridad social en salud: se sustituye al FOSYGA, se eliminan las EPS y crean diferentes organismos de dirección, administración de recursos e información y resolución de conflictos, en un esquema de administración regulada.



Gráfica No. 3 Sistema único descentralizado de seguridad social en salud. PL No. 105/12 S

En lugar del FOSYGA, el FUSESA -Fondo Único de Seguridad Social en Salud- administraría los recursos de cotizaciones obligatorias y fiscales provenientes de impuestos para la salud. La administración de éstos sería descentralizada a través de entidades Administradoras Fondos Territoriales de Seguridad Social en Salud AFOTESA, que adicionarán dineros propios de los entes territoriales. En dicho proceso no habría intermediación financiera de EPS. Las secretarías o direcciones departamentales y distritales de salud podrían constituirse en AFOTESA.

Para el recaudo de recursos la nueva Central única de recaudo para la seguridad social en salud (CUR-SSS), recolectaría los aportes de cotizaciones a la seguridad social en salud, y lo correspondiente en el seguro de riesgos laborales y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y giraría los recursos al FUSESA. Esta central contaría con diversos mecanismos de recaudo de tipo electrónico y con un sistema único de identificación de usuarios.

Para la prestación de servicios el proyecto propone la creación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), las redes se organizarán con criterio de complementariedad entre instituciones estatales y privadas y con base en la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS), entendida como la puerta de entrada a las redes, vínculo entre los servicios de salud y las personas, las familias y las comunidades, donde las AFOTESA serían las encargadas de integrar las redes de servicios.

Con el fin de propiciar la adaptación al nuevo sistema propuesto, en especial en lo relativo a la situación de las EPS, el proyecto propone su adaptación como prestadoras de servicios de salud a partir de su red propia, pero entregarán la función de articulación de las redes a las secretarías o direcciones departamentales y distritales de salud. El recaudo de los aportes a la seguridad social en salud, riesgos profesionales y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) pasarían a cuentas de destinación específica de las secretarías

o direcciones departamentales y distritales mientras se constituye la Central Única de Recaudo (CUR).

Sumado a ello, para brindar la atención integral de las necesidades en salud de la población, la iniciativa propone la creación de Territorios de Salud, las cuales se establecerán como unidades de organización administrativa y funcional. Estos Territorios de Salud podrán organizarse en divisiones internas o microterritorios para responder de manera efectiva a necesidades específicas de las poblaciones que los conforman.

En relación con la recolección y el uso de la información, el proyecto propone la creación de un Sistema Único Integrado de Información en Salud (SUIIS), basado en la identidad de las personas, que permita la articulación de la información generada en la prestación de los servicios y la unificación de la historia clínica de los usuarios.

De igual manera, la iniciativa propone la creación de una instancia para asuntos de salud, jurídicos y financieros, denominada Comité Nacional de Resolución de conflictos sobre el derecho a la salud (CONARDES). El ente contará con la participación de ciudadanos representantes de la diversidad cultural y social del país, el cual será responsable de la aplicación de los límites

en cada caso concreto. Sin embargo, se aclara que en ningún caso este Comité reemplazará las instancias correspondientes del poder judicial.

Un aspecto relevante de la iniciativa es el fortalecimiento de la consulta previa como derecho fundamental de las comunidades, el cual deberá garantizar

el consentimiento previo, libre e informado en materia de salud. Si este proyecto llegase a tener aprobación en los diferentes debates que debe surtir en el Congreso, el Sistema General de Salud concebido actualmente tendría un período de dos años para su transición en la iniciativa presentada.

PROYECTO DE LEY NO. 51 DE 2012 S. REFORMA AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Este proyecto propone crear el *Fondo Central en Salud*, como un fondo especializado para recaudar y administrar los recursos, efectuar pagos y encargarse de la gestión del riesgo financiero. Este fondo reemplazaría el actual FOSYGA. Sería un intermediario de pago entre las entidades especializadas en la prestación del servicio, las IPS y otras redes de prestación del servicio. Es decir, se encargaría de pagar a las IPS una vez se haya realizado la auditoría médica y de cuentas. Tendrá a cargo el pago de las prestaciones económicas para afiliados por incapacidad, maternidad y paternidad.

De igual manera el proyecto propone crear las *Entidades Especializadas en Gestión de Salud*, las cuales tendrán a su cargo la gestión en salud y la evaluación de los resultados en la prevención y atención primaria. Algunas de sus funciones serán la promoción de la afiliación, organizar redes integradas de atención, efectuar auditoría médica y de cuentas, autorizar pagos y ejercer control a las IPS, realizar propuestas del plan de beneficios, actualizar y custodiar la historia clínica. Estas harán parte de la red integrada de prestadores de servicios. Los afiliados al sistema accederán a los servicios de salud previstos en el Plan de Beneficios, a través de la Red Integrada de prestadores de Servicios

conformada por la respectiva Entidad Especializada en Gestión de la Salud, en desarrollo de sus funciones. En este esquema propuesto, se pretende transformar las EPS dándole funciones específicas, repartiendo las responsabilidades entre la red de prestadores.

Las *IPS* seguirán siendo las responsables directas de la prestación del servicio de salud. Sus funciones están enfocadas a prestar los servicios de salud previstos en el plan de beneficios, facturar los servicios prestados de acuerdo a las tarifas establecidas, suministrar a las entidades especializadas la información del historial clínico y las demás que le corresponden actualmente.

PROYECTO 50/2012 DENEGACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD

Otro proyecto de ley adiciona el código penal para crear el tipo penal “omisión o denegación de urgencias en salud”. La propuesta busca modificar el artículo 131 del código penal, en la parte especial de los delitos contra la vida o la integridad personal, para penalizar al individuo o representante legal de una EPS, por omitir impedir, dilatar, retardar, dificultar o negar la prestación del servicio a una persona donde se encuentre en estado de evidente e inminente peligro o tenga la autorización de un procedimiento autorizado por medio de un Acción de Tutela.

realizada por un profesional de la salud, tendrá como pena subsidiaria la inhabilidad para el ejercicio de la profesión por el tiempo de la pena o cancelación definitiva de su tarjeta profesional, previo proceso del Tribunal Nacional de Ética Médica. De igual manera, si la conducta fue realizada por el representante legal de una EPS, este incurriría en prisión de dos a cuatro años y se le impondría una multa de 300 a 1000 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Para el individuo se establecería una pena de 4 a 6 años de prisión, con aumento en una cuarta parte si la persona muere por negligencia. Si la conducta fue

Si bien esta propuesta va a generar gran controversia entre servidores y administradores del servicio de la salud, puede significar un avance en el control, y posiblemente disminuir la cantidad de casos de muerte por negligencia, conocidos como “el paseo de la muerte”.

Sin embargo la propuesta hay que analizarla de manera más profunda ya que si entrar a regir esta penalización, sin brindar soluciones a los problemas estructurales del sistema, podría significar la condena de unos pocos por la ineficiencia de todos. Adicional a esto, es necesario establecer mecanismos que permitan la difusión de los derechos de los usuarios debido a que la corresponsabilidad que tienen las EPS-IPS sobre acciones negligentes, pueden ser ocultadas por las auditorías internas que se realizan por lo general a su favor. Por lo tanto, se requiere informar a la población sobre mecanismos como el formulario de negación del servicio por parte del prestador, el cual sirve de evidencia ante posibles negligencias en la prestación del servicio.

PROYECTO DE LEY NO. 135/2012 MEDIDAS PARA LA LIQUIDEZ Y MEJORAR EL FLUJO DE RECURSOS

Este proyecto busca definir las medidas para mejorar el flujo de recursos y liquidez a través del uso de recursos de saldos excedentes, cuentas maestras del régimen subsidiado¹², aportes patronales¹³ y rentas cedidas por la nación¹⁴ y definir los mecanismos para el financiamiento de deudas reconocidas del régimen subsidiado por las entidades territoriales.

- Pago de deudas reconocidas del régimen subsidiado de salud (servicios para la población pobre no afiliada y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios).
- Pruebas piloto que permitan hacer ajustes a la UPC del régimen subsidiado.
- Fortalecimiento de la infraestructura.
- Renovación tecnológica.
- Saneamiento fiscal y financiero.

Los recursos de los saldos excedentes de las cuentas maestras, de los aportes patronales (provenientes de la liquidación de CAJANAL-EPS)¹⁵ y de los excedentes de las rentas cedidas se podrán utilizar siempre y cuando se asegure el pago de los compromisos derivados del régimen subsidiado y el aseguramiento de la atención en salud de la población pobre no afiliada. Bajo esta claridad, el proyecto propone utilizar los recursos en los siguientes aspectos:

Además, el saneamiento fiscal y financiero se podrá realizar a través del FOSYGA, sólo una sola vez y por un monto no superior a \$150.000 millones, y FINDETER. Las entidades territoriales beneficiarias deberán restituir estos recursos en un plazo menor a diez años y no se podrá asignar más del 3% del total a una sola entidad. Otra alternativa que presenta la iniciativa

para mejorar la liquidez y el flujo de los recursos es la posibilidad de que las entidades territoriales puedan adelantar el desahorro del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera en doce meses para el pago de sus compromisos con el régimen subsidiado.

Finalmente el proyecto propone *crear el Fondo de Salvamento de Garantías (FONASET)* para asegurar el pago de las obligaciones por parte de las ESES, que se encuentran en riesgo de ser intervenidas por la Superintendencia de Nacional de Salud. Este fondo se financiaría por hasta el 10% de recursos del Sistema General de Participaciones y excedentes de recursos destinados para la salud y podrá comprar la cartera de las IPS independientemente del riesgo financiero en el que se encuentre la institución.

12 Decreto 971 de 2011. Artículo 5. Las cuentas maestras son las cuentas bancarias registradas por las EPS ante este Ministerio para el recaudo y giro de los recursos que financian el régimen subsidiado.

13 Ley 715 de 2001. Artículo 28. Los aportes patronales son las sumas correspondientes a los recursos que las entidades territoriales y sus entes descentralizados, deben destinar como aportes del sector salud, que se venían financiando con los

recursos del Situado Fiscal, son pagadas con cargo al Sistema General de Participaciones de salud y deben ser giradas directamente por la nación a los Fondos de Pensiones y Cesantías, Administradoras de Riesgos Profesionales y a las Entidades Promotoras de Salud a las cuales se encuentran afiliados los trabajadores.

14 Son aquellas rentas que han sido cedidas por la Nación a las Entidades Territoriales con destinación específica para el sector

salud. Están constituidas por: Los juegos de suerte y azar y IVA cedido generado por la venta de cervezas, licores, vinos, aperitivos y similares.

15 El proyecto distribuye los recursos excedentes de los aportes patronales de la siguiente manera: 50% en partes iguales para todos los departamentos y el 50% restante entre los departamentos según la fórmula definida en el artículo 49 de la Ley 715 de 2001.

CONCLUSIONES

La crisis en el Sistema General de Salud ha sido una preocupación del gobierno actual y sus antecesores. En los últimos meses, 31 EPS han sido intervenidas, el 70% de las mismas. En este contexto se esperaba que el Gobierno presentara una propuesta de reforma integral, sin embargo el papel del Ejecutivo se ha centrado en apoyar algunos de proyectos en curso. El derecho fundamental de la salud, la eliminación o redefinición de la función intermediaria de las EPS y la exclusión definitiva de las cirugías estéticas del POS, son puntos cruciales en los cuales se sabe que el gobierno intervendrá. Temas álgidos, pues en el caso de las cirugías estéticas están en juego necesidades vitales de los pacientes, como en casos de reconstrucción facial, labio leporino, amputaciones, entre otros. El tema no puede desestimarse entonces como un asunto meramente estético y de vanidad.

Adicionalmente, las iniciativas de reforma a la salud presentadas contemplan modificaciones a la función del Sistema, a la regulación de negligencia en EPS, la regulación de su posición dominante y al establecimiento de medidas de urgencia para mejorar la liquidez y el flujo de recursos en Salud.

Tres de estos proyectos se discutieron conjuntamente: el 48/12 avalado por el gobierno, el 105/12 de iniciativa de la oposición y el 51/12. Sin embargo, estos proyectos incluyen disposiciones disímiles, en ocasiones contradictorias, motivo por el cual la acumulación ha recibido grandes críticas. Al respecto, el Polo Democrático ha señalado que en estos casos unificar proyectos implica la exclusión de las propuestas gruesas de la oposición, como es el caso de la eliminación de las EPS, la sustitución del FOSYGA y la definición del derecho fundamental de la salud bajo esquemas más amplios que obligan al Estado ampliar sus servicios.

Tanto el PL 048/12 (del cual se sabe se retomará gran parte de la ponencia que acumulará los tres proyectos) como el PL 105/12, buscan brindar una plataforma sobre el derecho mismo a la salud pero con grandes diferencias: en el tema de derechos de los usuarios, la iniciativa 048 establece límites de éstos para acceder a los servicios de salud, mientras el proyecto 105 establece el derecho de la salud desde una mirada más amplia que cubre los compromisos del Estado hacia el ciudadano. Esto parecería indicar que la función del primero es delimitar y clarificar y la del segundo es ampliar los derechos en materia de salud. Si bien ambos proyectos establecen derechos, no especifican cuáles serán las sanciones que se le impondrán a los prestadores del servicio en caso de no acatar la normatividad, por lo tanto, al no estar acompañados de una reglamentación sancionatoria clara, posiblemente no generarían mayores repercusiones en el sistema.

Respecto al proyecto 048, si bien resulta positivo el tema de la prevención, tampoco es claro cómo se obligaría al ciudadano a prevenir, qué sucedería en caso de no hacerlo y cuáles serían las responsabilidades de las instituciones de salud. Un punto preocupante del proyecto tiene que ver con la delimitación de los servicios de salud en el marco del derecho fundamental, debido a que el Comité Técnico Científico de las EPS se encargaría de autorizar los servicios y medicamentos NO POS que el médico prescriba al usuario. Esto puede significar una barrera adicional de acceso a servicios y medicamentos para la persona y por ende una delimitación del derecho fundamental a la salud. Si bien el proyecto menciona la garantía a la autonomía médica, no se evidencia cómo se puede lograr que un órgano el cual jerárquicamente se encuentra por encima del profesional de la salud no interfiera en las decisiones del médico, especialmente si estas le generan altos costos. Por otro lado la creación del Comité puede implicar mayores retrasos en la entrega de servicios y medicamentos vitales para el usuario.

En relación con el nivel institucional ambos proyectos plantean cambios similares, como la creación de órganos para la resolución de conflictos relacionados con el derecho a la salud. Si bien la propuesta resulta razonable, lo cierto es que mayores instancias formales y burocracia pueden ir en detrimento de la pertinencia en la atención. A su vez, en ambos casos se queda sin resolver el problema del uso de la tutela como único mecanismo efectivo de garantía de atención y protección a la vida. Ninguno de los proyectos dispone de articulados puntuales con miras a racionalizar el uso de la tutela.

Por otro lado, el proyecto de ley 51/12 sobre reforma al Sistema se proyecta como un modelo más concreto que los anteriores al pretender dar continuidad al actual Sistema de Seguridad Social y dividir de diferente manera las responsabilidades de las entidades actuales. Este proyecto generaría menores traumatismos en el cambio del esquema actual. Pese a ello, la ventaja que significa su fácil implementación no necesariamente será suficiente para solucionar los problemas estructurales del sistema de salud colombiano.

Finalmente, en relación con el proyecto de ley del manual de tarifas mínimas se puede decir que es pertinente y necesario, puesto que los manuales actuales se encuentran obsoletos. El último manual creado es la ISS 2004, el cual es tomado como referencia mas no como piso en las contrataciones de las redes prestadoras de servicios (EPS-IPS). Es prudente mencionar que estas tarifas deben reflejar una proporcionalidad en la forma de financiación, puesto que a veces el copago o cuota moderadora es una tarifa plena particular, lo cual no refleja la realidad de la prestación del servicio y se asemeja más a una doble facturación en beneficio de la EPS. Un punto clave de la iniciativa es el control e impedimentos que se establecerían sobre las EPS, principalmente la imposibilidad de exceder su capacidad técnica y de contratación. Esto debido a que las EPS contratan a las IPS a un bajo costo independientemente del nivel en la atención, forzando a esta a contratar por encima de su capacidad instalada, sobre todo en localidades donde hay poca disponibilidad de profesionales de la salud o entidades que respondan al nivel a referenciar al paciente.

Por lo tanto, la propuesta de facultar al gobierno para establecer un manual de tarifas mínimas y las demás delimitaciones que impiden el abuso de la posición dominante de las EPS resulta ser un gran acierto ya que el gobierno deberá establecer -con criterios técnicos y estudios de respaldo- tarifas realistas, donde se compensen los costos de funcionamiento y servicios prestados, reflejándose esto en un servicio de mayor calidad.

La Constitución Política incluye la eficiencia la solidaridad y la universalidad como principios básicos del derecho a la salud. Por lo tanto una reforma integral debe solucionar aspectos fundamentales y urgentes como la inclusión de enfermedades graves e incurables no incluidas en el POS, el establecimiento de una regulación fuerte a las EPS e IPS -pues es muy poco probable que se eliminen, a pesar de los escándalos, abusos, malos servicios y ejecución de recursos-, garantizar el uso eficiente de los recursos, el acceso universal del aseguramiento, el control financiero de los recursos, el rediseño de políticas públicas, ampliar progresivamente los servicios y medicamentos del POS y especialmente brindar canales de comunicación e información al ciudadano sobre sus derechos en relación con el derecho fundamental a la salud. Quién y cómo se van a ejercer funciones clave como el recaudo, la administración, la prestación de servicios, la vigilancia y la protección a los ciudadanos son parte del debate central. Dos temas adicionales a considerar son los del reto de la igualdad en el servicio a partir de la unificación del POS y el debate sobre la recuperación de los distintos hospitales universitarios en el país.

En este complejo contexto resultan entendibles las álgidas discusiones que han tenido lugar en el Congreso, especialmente a partir de la reciente decisión de acumular proyectos con el fin de agilizar el trámite. Dadas estas circunstancias, si bien se esperaría una reforma estructural que resolviera los problemas más evidentes ya identificados en el sistema de salud colombiano, es muy probable que se apruebe una reforma de alcance medio, que retome principalmente las propuestas del proyecto apoyado por el Gobierno Nacional, descartando el articulado de la oposición. Ojalá los congresistas realicen un trabajo juicioso y responsable, trascendiendo el debate sobre los intereses de las EPS y los escándalos recientes, para discutir estructuralmente cómo recomponer el sistema de salud en Colombia. Están en juego los derechos fundamentales y la calidad de vida todos los colombianos.

OBSERVATORIO LEGISLATIVO · INSTITUTO DE CIENCIA POLÍTICA

Dirección general Marcela Prieto Botero • Directora del Observatorio Marcela Escandón Vega • Edición general Andrés Molano Rojas
 Coordinadora de investigación Natalia Giraldo Cuervo • Asistente de investigación Mario David Chaves • Redacción Natalia Giraldo Cuervo
 Diagramación Luis Felipe Vanegas Trujillo

Mayores informes: Instituto de Ciencia Política • Calle 70 N° 7A - 29, Bogotá D. C., Colombia.
 PBX: (571) 317 7979 Ext. 135 - 136, Fax: 317 7989 • Correo electrónico: marcela.escandon@icpcolombia.org