

## Mesa de expertos

# Reforma a la Ley 100

El pasado 13 de octubre se llevó a cabo una Mesa de Expertos organizada por la Revista Cambio y el **Observatorio Legislativo del Instituto de Ciencia Política**, para debatir acerca del proyecto de reforma a la ley 100, compuesto por 17 iniciativas acumuladas a petición del Ministro de la Protección Social, Diego Palacio, y que acaba de ser aprobado por las comisiones séptima del Congreso de la República.

El evento contó con la participación de **Dilian Francisca Toro**, Presidente del Congreso de la República; **Edgar Reina**, Presidente Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI); **Fernando Salgado**, Director de Asuntos Públicos y Negocios Institucionales de Wyeth Pharmaceuticals; **Roberto Esguerra**, Director de la Fundación Santa Fe; **José Renán Trujillo**, Superintendente de Salud; **Alfredo Rueda**, Director de Aseguramiento del Ministerio de la Protección Social; **María Magdalena Flórez**, Directora Ejecutiva (E) de GESTARSALUD, y los senadores **Germán Aguirre** y **Miguel Pinedo Vidal**.

## Los grandes temas

1

### El mapa de la reforma a la Ley 100 y la necesidad de su implementación

En opinión de la Presidente del Congreso **Dilian Francisca Toro**, los objetivos del proyecto de reforma a la ley 100 son: i) universalización de la cobertura en salud, ii) calidad y oportunidad en los servicios, iii) equilibrio entre los actores del sistema, iv) fortalecimiento en los programas de salud pública, v) evaluación por resultados, y vi) fortalecimiento de las funciones de información, inspección, vigilancia y control.

Frente al tema de acceso a los servicios de salud, la senadora **Toro** manifestó que el proyecto dispone de un mecanismo trans-



parente de selección de EPS, para reducir los casos de corrupción y permitirle al afiliado elegir con absoluta libertad a su prestador de servicios. Así mismo, se endurecen las sanciones para las EPS que nieguen los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), y originen trámites de tutela al no prestar oportunamente servicios no pertenecientes al POS. Con el fin de evitar el llamado paseo de la muerte, la Senadora aseguró que "es deber de las clínicas prestar el servicio de urgencias, y es obligatorio por parte de las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS), EPS y entidades territoriales, pagar el



### 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.



### Hoja de vida del proyecto

- **Nombre del proyecto:** "Por la cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social y se dictan otras disposiciones, de origen gubernamental, y sus proyectos acumulados (Cámara: 01, 18, 84, 130, 137, 140 y 141 de 2006; Senado: 20, 26, 38, 67, 116, 122, 128 y 143 de 2006, y el 01 de 2006 Senado, 087 de 2006 Cámara)".
- **Número del proyecto:** 040 de 2006, Senado; 02 de 2006, Cámara.
- **Autor:** Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social.
- **Ponentes:** Miguel Pinedo Vidal, Jairo Merlano, Dilian Francisca Toro, Dieb Maloof, Claudia Rodríguez, Luis Carlos Avellaneda, Iván Díaz Mateus, Germán Aguirre, Jorge Ballesteros.
- **Gaceta del Congreso:** 485 de 2006.
- **Estado actual:** Al llevar a cabo la Mesa de Expertos, el proyecto estaba siendo debatido conjuntamente por las comisiones séptima de Senado y Cámara. El pasado miércoles 15 de noviembre el proyecto fue finalmente aprobado por el Congreso de la República.

Fecha de publicación: Noviembre 21 de 2006

servicio prestado, siempre y cuando un médico lo diagnostique como una verdadera urgencia". Según la exposición de la Presidente del Congreso, con el proyecto de ley propuesto se aumentará a 65% la contratación del régimen subsidiado con la red pública; se logrará que la contratación en salud pública colectiva se realice con Empresas Sociales del Estado (ESES) o entidades idóneas debidamente acreditadas; y el Ministerio de la Protección Social reglamentará la integración vertical. Además, el pago de la contratación por capitación será del 100% anticipado, y en cualquier otro sistema de contratación del 50% a la presentación de la factura.

La congresista afirmó que otro de los alcances del proyecto es el fortalecimiento de los hospitales públicos de las entidades territoriales, a través del pago de sus deudas con recursos del Fondo de Estabilización Petrolera (FAEP) y el Fondo Nacional de Regalías. Igualmente, los excedentes de la subcuenta de Eventos Catastróficos y de Alto Costo (ECAT) y del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) podrán ser destinados para proyectos prioritarios de salud que se realicen por una sola vez, lo que ayudará al buen funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). **Toro** aseguró que el plan de salud pública colectiva contará con el soporte técnico y científico del Instituto Nacional de Salud (INS) y del INVIMA, para cumplir con las metas de prevención de morbilidad y mortalidad establecidas por el proyecto de ley. Además, la prestación de servicios de promoción y prevención estará a cargo de las ESES o de entidades idóneas habilitadas por el Ministerio.

Finalmente, la Presidente del Congreso presentó las novedades formuladas en la reforma: i) se obliga a todas las entidades del sector a rendir informes sobre los resultados en salud, condición que, de no cumplirse, redundará en la suspensión del manejo administrativo de los recursos por parte de la entidad, ii) se fortalecen las funciones de inspección, vigilancia y control por parte de las diferentes entidades del Sistema, descentralizando las tareas de control a los departamentos y el distrito capital, y las de inspección y vigilancia a municipios y otros distritos, y iii) se crea en cada EPS la figura del defensor del usuario, quien se encargará

de ser vocero de los usuarios ante la respectiva institución. El costo de funcionamiento de la defensoría del usuario será asumido por la respectiva entidad de aseguramiento, y para su funcionamiento se contará con el apoyo de la red de personeros municipales.

## 2 Visión de las EPS frente a la reforma

En su presentación "La salud de Colombia, requisito para la paz", el doctor **Edgar Reina**, Presidente Ejecutivo de ACEMI, se refirió a la visión de las EPS y a la situación actual en materia de salud, haciendo especial énfasis en las restricciones para la libre contratación, los altos índices de evasión y elusión por parte del usuario, el deficiente sistema de información, y la inestabilidad jurídica producida por las innumerables legislaciones vigentes. Igualmente, afirmó que el POS es un menú de servicios que el Estado se comprometió a pagar, pero que terminó siendo atendido directamente por los aseguradores dada la dificultad en los recobros al FOSYGA. Esto ha hecho que la prestación de servicios se convierta en un problema representado en 80.000 tutelas al año, interpuestas por ciudadanos inconformes con la calidad de la atención en salud.

**Reina** afirmó que si se desea alcanzar la cobertura universal, el sistema requiere un Plan de Beneficios Único que busque que el subsidio parcial sea sustituido por el subsidio total. Igualmente, aseguró que para darle sostenibilidad al Sistema es necesario crear un manual de tarifas de referencia; modificar el "intrincado e incierto trámite de recobros ante el FOSYGA por concepto de tutelas y CTC (pago automático)"; y que se reconozca el 100% de los costos de servicios no POS. Vale subrayar que frente a las dificultades de recobro expresadas por los representantes de las aseguradoras presentes en la Mesa de Expertos, la Presidente del Congreso, **Dilian Francisca Toro**, manifestó que se incluiría "en el texto final del proyecto de reforma un capítulo que reglamente el pago del FOSYGA a los servicios que sean no POS, delimite los servicios del POS y reconozca los intereses de mora".

## 3 Enfermedades catastróficas o de alto costo

La intervención de **Fernando Salgado**, Director de Asuntos Públicos y Negocios Institucionales de Wyeth Pharmaceuticals, giró en torno a las enfermedades crónicas y de alto costo. Para este directivo, el SGSSS tiene una ausencia de programas de promoción y prevención, limitaciones para el aseguramiento universal y problemas de acceso y equidad en salud; lo que conlleva a una alta incidencia y existencia de enfermedades contagiosas emergentes y reemergentes, así como a enfermedades crónicas de alto costo. Según **Salgado**, las enfermedades crónicas son comunes, complejas y extremadamente costosas, tienen asiento en ciertas realidades sociales del país y producen un importante hueco financiero. En su opinión, el verdadero interés del Sistema de Salud debería ser disminuir la incidencia de estas enfermedades y no la preocupación sobre cómo y a través de quién se realizará su pago.

**Fernando Salgado** finalizó su intervención haciendo un análisis de las enfermedades raras, consideradas dentro de las enfermedades de alto costo en Colombia. **Salgado** aseguró que en el país hay más o menos 300 pacientes con insuficiencia renal, y cada año muere cerca del 30% del total de personas afectadas. Además, la tendencia de la enfermedad renal es del 5%, lo que significa que para el año 2010 casi el 14% de la población colombiana podría padecer de enfermedades renales. Este grave panorama, sumado al historial de pacientes hipertensos, diabéticos y que sufren otras enfermedades de alto costo, exige programas de atención originados, asegurados y cubiertos financieramente por el Estado.

## 4 Los efectos de la integración vertical

Al comenzar su intervención, el doctor **Roberto Esguerra**, Director de la Fundación Santa Fé, aseguró que el tema de integración vertical, referido a la integración efectuada por empresas que realizan actividades consecutivas dentro de una misma cadena productiva, ha generado muchas pasiones y disgustos. De una parte, cuando la administración de Cesar Gaviria (1990-1994) presentó el proyecto original de seguridad social, excluyó el tema de integración vertical argumentando que la filosofía del sistema sólo



giraba en torno a tres ejes principales: las EPS, las entidades prestadoras de servicios y los usuarios; no obstante, la integración vertical se introdujo en las discusiones en el Congreso de la República para permitir que el Instituto de Seguros Sociales (ISS) siguiera funcionando. De otra parte, el gobierno nacional, después de algunos años de abrir ese boquete, tomó la decisión de sacar el ISS de la integración vertical para tratar de salvarlo, ocasionándole con esto mucho daño al sistema.

El Director de la Fundación Santa Fé afirmó que la integración vertical esta mal implementada en el sistema colombiano de salud, porque genera un conflicto de intereses al permitir dos negocios con un sentido distinto: el de la promoción de la salud, que procura que la gente no se enferme; y el de la gente que genera sus ingresos de la atención a los enfermos. En opinión del doctor **Esguerra**, más allá de la práctica puramente legal, está demostrado que la integración pone en riesgo la calidad de la atención y va en contra de la libertad de elección del usuario, por lo que es necesario mirar el tema con mucho cuidado: "lo que están haciendo las EPS es invertir en una cadena diferente a su negocio, cosa que pueden hacer siempre y cuando cumplan con dos requisitos: i) que la inversión no se realice con dineros públicos y ii) que las inversiones no sean tenidas en cuenta como patrimonio técnico".

**Esguerra** finalmente agregó que sorprende que sea el mismo Estado el mayor deudor de la salud en Colombia, que el FOSYGA sea el cuarto mayor deudor moroso y las EPS públicas las segundas deudoras del sector hospitalario; mientras por el contrario las EPS privadas han hecho un esfuerzo grande por pagar sus obligaciones y estar al día con el Sistema de Salud.

5

## Inspección, vigilancia y control

**José Renán Trujillo**, Superintendente de Salud, abrió su intervención manifestando que la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) tiene dificultades en el cumplimiento de sus funciones de inspección, vigilancia y control, dado que cuenta con un presupuesto irrisorio y una planta de apenas 203 funcionarios para atender todo el país. A esto se suman problemas como la falta de una normatividad unificada; la asignación permanente de nuevas funciones por vía legislativa; la inexistencia de un sistema que integre las entidades a nivel nacional y

territorial; la escasa divulgación de los derechos y los deberes de los usuarios; la falta de infraestructura para responder oportunamente a las quejas, reclamos e investigaciones iniciadas; la debilidad en el control del flujo de los recursos del sistema; la limitación en los recursos asignados para el fortalecimiento institucional; la inexistencia de convenios o acuerdos efectivos que faciliten y complementen la inspección, vigilancia y control del sector; y la deficiente interacción con las entidades vigiladas, especialmente en el sector de apuestas, que trae como consecuencia altos niveles de ilegalidad y corrupción.

Frente a ese diagnóstico, **Trujillo** presentó un plan estratégico de acción que incluye audiencias públicas con los actores del sistema; mesas de trabajo de concertación con las entidades vigiladas; organización de un grupo de acción inmediata con las oficinas de atención al usuario de las IPS, EPS y las Direcciones Territoriales de Salud; y la firma de convenios de cooperación con entidades con presencia territorial, bajo el lema "por la defensa de los derechos del usuario de la salud".

Finalmente, el Superintendente propuso al Congreso de la República incluir varios elementos en el proyecto de reforma a la ley 100, a saber: i) crear el sistema de inspección, vigilancia y control en el SGSSS; ii) darle a la Supersalud competencia preferente de inspección, vigilancia y control frente a sus vigilados y a los procesos de segunda instancia; iii) atribuir jurisdicción a la SuperSalud para operar con oralidad, agilidad, eficiencia, y las facultades propias de un juez para garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema; iv) asignar a la Supersalud funciones de conciliador en conflictos entre vigilados y usuarios; v) permitir la contratación de programas o labores especiales con firmas de auditoría nacionales e internacionales, y vi) aclarar que la Supersalud no podrá conocer de ningún asunto que por virtud de las disposiciones legales vigentes deba ser sometido al proceso de carácter ejecutivo.

6

## El aseguramiento

Para referirse a la actual situación y al futuro de la cobertura en seguridad social, el Director de Aseguramiento del Ministerio de la Protección Social, **Alfredo Rueda**, inició su intervención con una presentación de los recursos destinados al sector.

**Rueda** manifestó que en el régimen subsidiado los recursos del FOSYGA han venido aumentando: en los últimos seis años ha habido una destinación creciente de recursos

para la cobertura, y para el año 2007 se tiene presupuestado alcanzar el billón de pesos. Adicionalmente para el 2010 se espera que lleguen a 20 millones los colombianos afiliados al régimen subsidiado con subsidios plenos, lo que implicará una inversión adicional de 1.5 billones de pesos. **Alfredo Rueda** aseguró que las fuentes de financiación que más contribuyen al aseguramiento son: i) el Sistema General de Participaciones (SGP), ii) el FOSYGA, y iii) el llamado esfuerzo propio, que es el aporte de los municipios y los departamentos al logro de la cofinanciación para el régimen subsidiado, por concepto de regalías y recursos que invierten las entidades territoriales.

De la misma manera, en el régimen contributivo también ha habido un comportamiento positivo. Según **Rueda**, a la fecha existen cerca de 16 millones de afiliados, cifra que tiende a crecer gracias al buen comportamiento de la economía, las condiciones del empleo, y los efectos de la planilla única de aportes, que incluye en un solo documento los datos de aportes parafiscales para reducir el fenómeno de la evasión y la elusión en materia de salud.

Ante esas circunstancias, el proyecto de ley presentado por el Ministerio de la Protección Social propone crear nuevas fuentes de financiación, con el objeto de cubrir las necesidades que los dineros del FOSYGA y el SGP dejan desatendidas. El planteamiento más importante del proyecto es el aumento en un punto de la cotización en pensiones (de 12 al 13%), que representaría el ingreso de \$850.000 millones de pesos adicionales. Estos ingresos, sumados a los efectos de las transferencias, el aporte del petróleo, la transformación de oferta-demanda y el esfuerzo propio, podrían ayudar al gobierno a cumplir con las metas de cobertura universal.

7

## Las ARS y el sistema subsidiado

**María Magdalena Flórez**, de GESTARSALUD, aseguró que el mayor reto que tienen las Administradores de Régimen Subsidiado (ARS) dentro de la reforma a la Ley 100, es desarrollar el aseguramiento exitoso bajo un Modelo de Atención en Salud orientado fundamentalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad, interviniendo los riesgos intersectorialmente y en forma oportuna. Por lo tanto, las ARS solicitan incluir en las iniciativas de reforma: i) que el Sistema de Información Integral en Salud contenga variables que permitan monitorear, evaluar y proyectar la información financiera y económica del sistema, ii) que se propenda



por un sistema único de identificación de los afiliados, y iii) que se trate el tema del saneamiento de la deuda con las ARS y con la red prestadora de servicios, ordenando mediante una política de concertación el pago directo de la deuda por parte de las entidades territoriales.

Según **Flórez** "se debe establecer una clara legislación frente al alcance y contenido de los planes complementarios de salud, los cuales sólo deberán ofertar contenidos y procedimientos diferentes a los establecidos en los planes obligatorios y en el tema de alto costo". Por tal razón, es conveniente que el Estado, a través del FOSYGA, cree un fondo de reaseguro para las desviaciones atípicas de la atención de estas patologías; y que las entidades, según los estudios de siniestralidad de la población asegurada, asuman el riesgo financiero de la atención de estas enfermedades. El financiamiento de este fondo debe estar a cargo de las entidades de aseguramiento, mediante el pago de una prima equivalente al 0,5 o 0,6 % del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), para lo que se requiere un control de la relación paciente sano-población enferma.

Frente al fortalecimiento del sistema de inspección, vigilancia y control, se debe implantar un marco regulatorio contra el abuso de la posición dominante de cualquiera de los actores del sistema; para lo cual es necesario fortalecer las políticas de vigilancia y control especialmente en lo referente a la acción sancionatoria. Finalmente, para **Flórez**, la integración vertical debe ser un tema regulado pero no prohibido, dado que para intervenir como aseguradores en los factores de riesgo es necesario participar en la prestación de los servicios, en especial como parte del modelo de atención primaria en salud. Además es necesario fortalecer la capacidad de respuesta de la red pública, para que el modelo de atención de los aseguradores sea eficiente y responda a las necesidades de los afiliados y de aquellos que aún permanecen desprotegidos por el sistema.

## 8

### Otras propuestas de reforma

❖ El senador **Germán Aguirre** expuso la propuesta de reforma a Ley 100 presentada a la Cámara de Representantes por el Partido Liberal. El senador aseguró que la Ley 100 de 1993 ha sido una ley virtuosa, generosa pero defectuosa; razón por la cual se debe trabajar principalmente en superar sus defectos.

Lo que el Partido Liberal propone es: i) que se resten 0.5% de los recursos destinados al Fondo Privado de Pensiones (casi \$500 millones de pesos anuales) para incluirlos en el presupuesto del Fondo de Solidaridad Pensional, ii) que se vigile a las ARS porque, aunque existe la integración vertical, la plata de la UPC no puede seguirse invirtiendo en la construcción de clínicas, iii) que se cree la figura del defensor del usuario con unos requisitos y mecanismos de elección preestablecidos, y iv) que los recursos de inspección, vigilancia y control, y aquellos para el pago del defensor del usuario, salgan del Plan de Atención Básica (PAB).

**Aguirre** manifestó que para lograr la universalidad hay que mantener la financiación, buscar nuevas fuentes de recursos para la salud, y solucionar el problema en la distribución de esos recursos. Sin embargo, dijo, "frente al tema de financiamiento, es necesario establecer unas reglas claras, porque el gobierno ha dicho que aumentamos en un punto la cotización en salud con la reforma a la Ley 100, pero le quitamos un punto a las pensiones con la Ley 727 de reforma pensional".

❖ El senador de Cambio Radical, **Miguel Pinedo Vidal**, por su parte, presentó un resumen del proyecto de Ley No 143 de octubre 6 de 2006, "por el cual se reforman los libros II y III de la Ley 100/93". El proyecto propone: i) fortalecer el financiamiento del SGSSS para garantizar su eficiencia y sostenibilidad, ii) fortalecer la descentralización como garantía del derecho a la salud, con perspectiva de equidad y universalidad en la cobertura y la salud pública en los territorios, iii) mejorar la rectoría del Sistema bajo

los parámetros de aseguramiento y de inspección, vigilancia y control, iv) unificar el modelo de salud para el país basado en la Atención Primaria en Salud (APS), v) garantizar el derecho de ejercer la ciudadanía en salud a través del defensor del usuario y el porte del carné; y vi) organizar un sistema de información integral en salud además de la consolidación del aseguramiento público.

La unificación del modelo de salud bajo la APS consistirá en integrar acciones de educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; y operará bajo los principios de longitudinalidad (seguimiento específico por ciclo vital), continuidad (seguimiento con indicadores de resultados en salud), coordinación (complementariedad en la atención) y enfoque familiar y comunitario (las personas son parte de familias y comunidades que definen determinantes en salud).

Según el senador **Pinedo Vidal**, el financiamiento del SGSSS se pretende alcanzar mediante las siguientes disposiciones: i) la determinación de un plan de gestión conjunto entre la SuperSalud y la DIAN, ii) la creación de la Central Única de Recaudo (CUR), iii) la conversión progresiva de recursos de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, y iv) la utilización del 1% de las remesas de utilidades de empresas petroleras en fase de explotación de hidrocarburos, y la utilización del 2% de las utilidades del sector financiero del país. En cuanto al financiamiento de las enfermedades de alto costo, el proyecto crea el Sistema Único de Reaseguro (SUR), ordenando la reserva del 3% de la UPC en ambos regímenes y acumulándolos en el Fondo Único de Reaseguro. El partido Cambio Radical también propone crear la Secretaría Técnica del SGSSS, que deberá contar con presupuesto y funciones propias.

Para terminar, el senador **Miguel Pinedo** aseguró que "para la consolidación del aseguramiento público es necesaria la creación de una EPS de economía mixta, que agrupe ambos regímenes: el contributivo y el subsidiado, porque las sociedades de economía mixta son organismos constituidos bajo la forma de sociedades comerciales con aportes estatales y privados, que desarrollan actividades de naturaleza industrial o comercial conforme a las reglas de Derecho Privado".

#### Observatorio Legislativo - Instituto de Ciencia Política

- Dirección General del Proyecto Marcela Prieto Botero • Coordinadora General del Proyecto Andrea Benavides
- Edición General Gina Romero • Asistente de Investigación Dayi Sedano • Diagramación Victoria Eugenia Pérez

Mayores informes: Instituto de Ciencia Política. Carrera 11 N° 86-32 Of. 502 Bogotá, Colombia.

Tel: (571) 2183858 - 218 3831, Fax: 218 3621. Correo electrónico: observatoriolegislativo@icpcolombia.org