

NOTA

JURADOS

**ANÁLISIS SOCIOECONOMICO DE LOS PROYECTOS DE LEY DEL
GOBIERNO PARA REFORMAR LA LEY 100 DE 1993**

**PASANTIA DE INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE
SEGURIDAD SOCIAL Y DESARROLLO DE LA CONFEDERACIÓN DE
PENSIONADOS DE COLOMBIA (CESSDE),**

PASANTES

**XIMENA GONZALEZ ARANGO COD.10992247
YESENIA LIZETH PEÑA ALVARADO COD.10011303**

DIRECTOR: GUSTAVO GARCIA FLOREZ

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMIA
BOGOTA D.C.
2007**

ANÁLISIS SOCIOECONOMICO DE LOS PROYECTOS DE LEY DEL GOBIERNO PARA REFORMAR LA LEY 100 DE 1993

RESUMEN

La presente investigación indagó sobre los efectos socio-económicos de la ley 100 de 1993 en salud, con el propósito de analizar si la reforma a esta ley, contemplada en la 1122 de 2007 era la que requería el sistema de salud. Se encontró que los presupuestos del gobierno de entonces en la bondad de la reforma no se han cumplido. Ha bajado la calidad de salud y la cobertura no ha aumentado en lo que se esperaba. La nueva reforma, ley 1122 de 2007, a pesar de que posiblemente solucione algunos problemas, probablemente no permita solucionar los estructurales.

PALABRAS CLAVES: salud, cobertura, régimen contributivo, calidad.

The present investigation researched on the socio-economic effects of the law 100 of 1993 in health, with the purpose of analyzing if the reformation to this law, contemplated in the 1122 of 2005 was the one that required the system of health. It was found that the government's budgets of then in the kindness of the reformation they have not been completed. It has lowered the quality of health and the covering has not increased in what was expected. The new reformation, law 1122 of 2005, although it possibly solves some problems, don't probably allow to solve the structural ones.

KEYS WORDS: health, covering, contributive regime, quality.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todas las personas que con su apoyo fueron participes en la realización de este proyecto, en primer lugar a Dios por ser nuestra fuente de inspiración, a nuestros padres por ser el lineamiento de nuestras vidas, a nuestros esposos por amarnos y comprendernos en todo momento y a nuestro asesor el Dr. Gustavo García Florez por su tiempo y dedicación

**ANÁLISIS SOCIOECONÓMICO DE LOS PROYECTOS DE LEY DEL
GOBIERNO PARA REFORMAR LA LEY 100 DE 1993**

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
I. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ANTES DE LA LEY 100 DE 1993	5
1.1. Situación del Sistema General en Salud antes de la Ley 100 de 1993	6
1.2. Ley 10 de 1990	9
1.3. Ley 60 de 1993	11
1.4. Ley 715 de 2001	12
II. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA A PARTIR DE 1993	13
2.1. Subsistema de Modulación y Regulación	14
2.2. Subsistema de Financiación y Aseguramiento	16
2.3. Subsistema de Entrega de Servicios	16
III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA LEY 100 DE 1993	18
Análisis de los resultados del Sistema de Salud con la Ley 100 de 1993 desde los siguientes puntos:	19
3.1. Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)	19
3.1.1. Cobertura Régimen Contributivo	19
3.1.2. Cobertura Régimen Subsidiado	21
3.2. Presupuesto EPS – IPS	31
3.3. Problemas de Financiación del SGSSS	35
3.3.1. Evasión	35
3.3.2. Retrasos en los pagos	35
3.3.3. Desempleo y Subempleo	36
3.3.4. Aspectos Legales	36
3.3.5. Financiación Régimen Subsidiado	37

3.4. Problemas de la Financiación Régimen Subsidiado	40
3.5. Calidad SGSSS	41
3.5.1. Características de las Calidad de Atención en Salud	41
3.6. Crisis de la Red Pública Hospitalaria	49
IV. NUEVA LEY DE SALUD, LEY 1122 DE ENERO 9 DE 2007	52
4.1. Cobertura Universal y Financiación	54
4.2. Traslado de EPS	55
4.3. Integración Vertical	55
4.4. Atención de Urgencias	56
4.5. Comisiones de Regulación en Salud (CRES)	57
4.6. Defensoría del Cliente	57
V. CONCLUSIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	63

INTRODUCCIÓN

El reordenamiento del sector salud durante la última década en Colombia, originó, que el antiguo Sistema Nacional de Salud se transformara en un sistema moderno de seguridad social en salud, el cual ha tenido que desempeñarse en una crisis hospitalaria progresiva, con una demanda excesiva de servicios de la población vinculada, dando como resultado el aumento de quejas, demandas y tutelas por malos servicios y procedimientos incorrectos.

Además, aspectos como el retardo en la asignación de citas de especialistas, el costo, la dificultad en la obtención de medicamentos y la falta de información al usuario, son algunas de las fallas que se han detectado en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Del mismo modo la no focalización en áreas donde hay acceso a los servicios de salud, las diferencias en los niveles de desarrollo de la red de Instituciones Prestadoras de Servicios a nivel Municipal, el deterioro de programas específicos, persistencia de la inequidad en la distribución de personal médico, desviación de recursos a favor de intermediarios financieros, dan una perspectiva no muy favorable del mejoramiento de la calidad en los servicios de salud.

En el presente documento se presentará una evaluación del Sistema de Salud, describiendo en su primer capítulo, el antiguo Sistema Nacional de Salud: en el segundo, se pasará a describir aspectos fundamentales del Sistema de Seguridad Social en Salud a partir de la Ley 100 de 1993, evaluando el diseño del Sistema y aquellas instituciones que lo conforman y que consolidan al Sistema General.

En el capítulo tercero se analizarán los resultados de la Ley 100 de 1993 bajo parámetros de cobertura, calidad, financiamiento del sector de la salud y de las instituciones que lo conforman y se evaluará la situación que se viene presentando en la red hospitalaria de país. Finalmente, en el capítulo cuarto abordaremos la actual reforma al sistema de salud aprobada por el Congreso de la República, mediante la ley 1122 de 2007 para poder evaluar y concluir sus posibles resultados.

I. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ANTES DE LA LEY 100 DE 1993

El sistema de salud existente antes de la Ley 100 de 1993 era principalmente un sistema de predominio público, financiado con recursos fiscales procedentes de los ingresos corrientes de la nación que se transferían a los departamentos, para que desde los casi omnipotentes Servicios Seccionales de Salud se diagnosticara el estado de salud de la población, se planificaran los servicios, se administraran los recursos financieros, se nombrará el recurso humano de salud, se vigilara y controlaran los indicadores básicos de salud pública y se ejerciera inspección, vigilancia y control de los recursos físicos y financieros. Era evidente que ante tal multiplicidad de funciones se generara un esquema ineficiente, altamente burocratizado y propenso a la corrupción, pues prácticamente se trataba de ser juez y parte. Las direcciones seccionales de salud eran responsables de: dirigir el sistema territorial de salud, adaptando los lineamientos del orden nacional a la realidad política y epidemiológica de la región, prestar los servicios de salud a través de una red de instituciones de carácter público, ejercer las funciones de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental y vigilar y controlar la ejecución de los recursos transferidos a los hospitales públicos¹. (Vivas J, Tarazona: 1998 volumen 1 y 2 Pág.145)

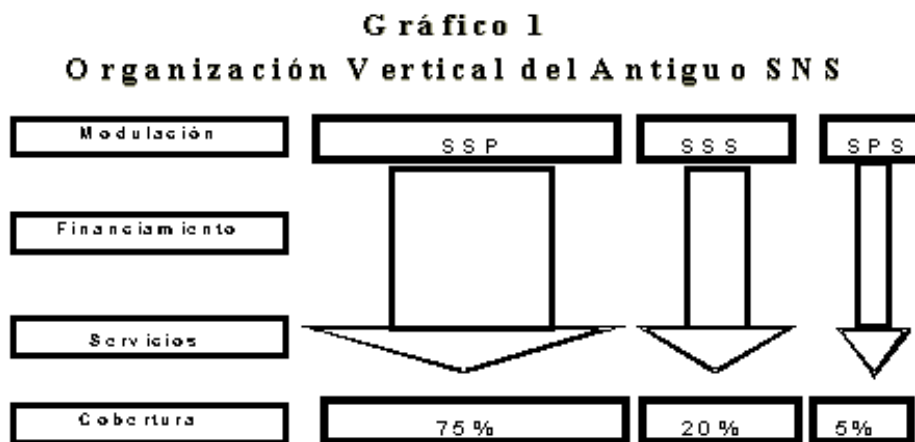
A su vez, la red hospitalaria pública tenía dos razones para hacerse cada vez menos eficiente: primero, las cada vez más onerosas convenciones colectivas hacían que la carga prestacional se incrementara hasta alcanzar niveles insostenibles y segundo, los nombramientos de trabajadores supernumerarios o nóminas paralelas dieron al traste con los ya desvencijados hospitales que no podían sostener siquiera la nómina y gastos generales que estaban presupuestados, mucho menos los no presupuestados. A toda esta lamentable condición del sistema, se le añaden otras deficiencias como la falta de cobertura

1 Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El Sistema Nacional de Salud; volumen 1 y 2 Pág.145.

familiar y la aplicación de preexistencias en las entidades de previsión social y el Instituto de Seguro Social.

1.1. SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ANTES DE 1993

El Sistema Nacional de Salud de Colombia (SNS), vigente desde 1975 estaba organizado básicamente en tres subsistemas de servicios de salud, cada uno de los cuales contaba con su propia forma de financiamiento y proporcionaba atención a grupos específicos de la población, con base en su capacidad de pago. (Ver Grafico N.1).



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

El primero de los tres subsistemas correspondía al de salud pública (SSP), este subsistema, incorporaba tres funciones; financiamiento, servicios, cobertura; estaba centralizada alrededor del Ministerio de Salud y sus servicios seccionales de salud, los organismos e instituciones que los conformaban se financiaban vía subsidios a la oferta procedentes de los ingresos corrientes de la nación y de otras fuentes públicas de destinación específica, le correspondía cubrir al 75% de la población de más bajos ingresos; pero, en el mejor de los casos, alcanzaba sólo al 40%, con un paquete de servicios de baja calidad que le demandaba al país el 40% del gasto total en salud²

² DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-1997

Los Seguros Sociales (SSS) administrados por el Instituto de los Seguros Sociales (ISS) y cerca de mil cajas de previsión, conformaban el segundo subsistema, estas instituciones continúan siendo moduladas por el Ministerio del Trabajo, ya que además de los riesgos generales de salud también administran los riesgos profesionales, de invalidez y de vejez. Se financiaba a través de impuestos parafiscales que pagaban las empresas afiliadas y entregaba en forma directa un paquete amplio de servicios de mejor calidad a un grupo que representaba al 20% de la población correspondiente al segmento formal de la economía; no obstante, demandaba aproximadamente el 50% del gasto total del sector³.

El subsistema privado de servicios (SPS) correspondía al tercero de los tres subsistemas; este subsistema era el menos regulado de los tres por parte de los organismos estatales de inspección, vigilancia y control, se financiaba a través de seguros privados y ofrecía los planes de servicios más amplios y de mejor calidad al 5% de la población de más altos ingresos, y le demandaba al país el 10% ciento del gasto en salud.

El Instituto del Seguro Social (ISS), a pesar de tener más de 40 años de desarrollo, afiliaba en 1992 a menos del 20% de la población, cifra muy inferior a la de 57% que había alcanzado América Latina⁴ en el sistema de seguros sociales.

De esta manera la cobertura de la familia del trabajador era mínima; sólo el 20% de las familias de los afiliados tenía derecho a la seguridad social y el grado de insatisfacción de los afiliados con los servicios que prestaba esta institución era muy alto.

Por su parte, como ya se expresó, la población de mayores ingresos atendía sus necesidades de salud en el sector privado, ya fuera a través de la contratación de

3 Instituto de Seguros Sociales, documento "Valuación Actuarial de los regímenes de seguridad social contenidos en la ley 100 de 1993", marzo 1998.

4 Promoción de la Salud: Como Construir Vida Saludable. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2000

seguros o planes de prepago privados, o pagando directamente los servicios en el momento de requerirlos. Los planes de medicina prepagada, comprados directamente u ofrecidos por ciertas empresas a sus empleados, experimentaron una notable expansión desde mediados de los 80. Se estima que cerca del 10% de la población accedía directamente a prestadores privados⁵.

Entre 1975 y 1982 creció y se mejoró la planta de hospitales y centros de salud del subsistema público; no obstante, a partir de la crisis fiscal en ese último año, los recursos que se asignaron a este tipo de servicios se redujeron de 8% del presupuesto nacional a menos de 4% en los años sucesivos, lo que ocasionó el progresivo deterioro del sector.

A este subsistema le correspondía atender en 1993 a aproximadamente el 70% de la población nacional; sin embargo, su cobertura era muy limitada y la calidad de sus servicios muy deficiente.

Alrededor del 25% de la población nacional no tenía acceso a ningún tipo de servicios, por lo que gran parte de sus necesidades de salud y de medicamentos estaban siendo paulatinamente cubiertos por los médicos, laboratorios y farmacias del sector privado.

Así mismo, el SNS funcionaba de manera desarticulada y enfrentaba enormes dificultades para hacer realidad el derecho de todos los colombianos a la protección de la salud consagrado en la Nueva Constitución de 1991.

La Constitución que servía de marco al anterior Sistema Nacional de Salud, no describía al Estado Colombiano como uno social de derecho. La Constitución de 1886 definía el Estado Colombiano como “Estado de derecho”. La Constitución Política de 1991 introduce una palabra a la descripción inicial del Estado: Colombia es ahora un “Estado social de derecho”.

5 Superintendencia Nacional de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Indicadores de Cobertura 1999

La inclusión de la palabra “social” tiene profundas implicaciones en la manera de concebir el Estado y sus responsabilidades para con los habitantes del territorio nacional. Los servicios de salud, que antes se prestaban a los colombianos bajo un esquema de beneficencia pública, se convierten ahora en un derecho de las personas⁶.

Esta nueva condición trae profundas implicaciones de tipo legal y económica para el Estado, quien ahora deberá garantizar el acceso a la atención en salud a través del diseño de un Sistema de Salud que organice las instituciones, sean públicas o privadas, los recursos físicos y financieros, dentro de un ordenamiento jurídico que le permita a los colombianos acceder a un ambiente saludable y a los servicios de salud a través de un sistema de aseguramiento o sistema de Seguridad Social en Salud.

Con ese marco constitucional, se hacía necesario iniciar una transformación del modelo de salud que para 1993 era un modelo de carácter principalmente nacional con predominio de lo público. Desde el Ministerio de Salud se controlaban los Servicios Seccionales de Salud, que a su vez controlaban los hospitales públicos de tercer nivel (hospitales universitarios) y los de segundo nivel de atención (hospitales regionales), los que a su vez controlaban los hospitales locales, centros de salud y puestos de salud.

1.2. LEY 10 D E1990

La Ley 10 de 1990 sienta las bases de la transformación del sector salud, pues descentraliza la administración de los servicios, da fundamento legal a la constitución de los fondos locales de salud, refinancia el sector y eleva la salud a la categoría de servicio público, la participación social se legitima a través de los Comités de Participación Comunitaria y la representación de la comunidad en las Juntas Directivas de los Servicios, colocando los servicios de salud en manos de

⁶ Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención;1998,1999

alcaldes, gobernadores, intendentes y comisarios, estableciendo juntas directivas para cada puesto, centro de salud y hospital con participación de las organizaciones de la comunidad usuaria; fue la pauta de las grandes transformaciones en salud⁷. En efecto, la definición de salud como “servicio público”, la devolución de responsabilidades en la materia a los entes territoriales, la reorganización de la carrera administrativa, la redistribución de las fuentes financieras fue entre otras la materia renovada por esta Ley que constituye base aún en lo compatible con las normas que rigen actualmente la salud en nuestro medio

Según esta ley el sector salud está integrado por:

- El subsector oficial, al cual pertenecen todas las entidades públicas que dirijan o presten servicios de salud, y específicamente:
 - a) Las entidades descentralizadas directas, o indirectas, del orden nacional;
 - b) Las entidades descentralizadas directas, o indirectas, del orden departamental, municipal, distrital o metropolitano, o las asociaciones de municipios;
 - c) Las dependencias directas de la Nación o de las entidades territoriales.
 - d) Las entidades o instituciones públicas de seguridad social, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud, sin modificación alguna de su actual régimen de adscripción;
 - e) La Superintendencia Nacional de Salud que, a partir de la vigencia de la presente Ley, es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, hoy Ministerio de la Protección Social, dentro del marco de la autonomía administrativa y financiera que le señala la ley, sin personería jurídica.

- El subsector privado, conformado por todas las entidades o personas privadas que presten servicio de salud y, específicamente, por:

7 Revista Salud Pública Volumen 1 Págs.: 47-49

- a) Entidades o instituciones privadas de seguridad social y cajas de compensación familiar, en lo pertinente a la prestación de servicios de salud.
- b) Fundaciones o instituciones de utilidad común;
- c) Corporaciones y asociaciones sin ánimo de lucro;
- d) Personas privadas naturales o jurídicas.

1.3. LEY 60 DE 1993

La Ley 60 de 1993 distribuye las competencias y recursos entre las entidades nacionales y territoriales, define el situado fiscal y su destinación por parte de los municipios a áreas prioritarias de inversión social⁸. El sector salud se fortalece con el aumento de los aportes y se consolida el proceso de reestructuración que comenzó con la expedición de la Ley 10 de 1990.

La Ley 60 de 1993, aprobada unos pocos meses antes de la Ley 100, reguló las competencias y recursos y fijó las bases para la descentralización administrativa y la prestación de los servicios de salud. Se creó el Fondo Nacional del Pasivo Prestacional, como una cuenta especial de la Nación, sin personería jurídica, con independencia contable y estadística, para el pago del pasivo prestacional de los servidores del sector salud, por concepto de cesantías, reservas para pensiones y pensiones de jubilación; los recursos se giran directamente a la entidad de previsión que administre cesantías o al fondo de cesantías público o privado en donde se encuentre afiliado el servidor de la salud beneficiario⁹. La ley también estableció realizar las acciones de fomento de la salud, la prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas; los municipios pueden prestar servicios correspondientes al segundo y tercer nivel de

⁸ Ministerio de Salud La reforma de la seguridad social en salud. Tomo I. p. 25. 5.

⁹ Revista Salud Pública Págs. 47-48

atención en salud, siempre y cuando su capacidad científica, tecnológica, financiera y administrativa se lo permita , y garantizar debidamente la prestación de los servicios y las acciones de salud que le corresponden, previo acuerdo con el respectivo departamento. La prestación de estos servicios públicos de salud, con cargo a los recursos del situado fiscal, se hará en forma autónoma por los municipios determinados por los departamentos¹⁰.

Otro objetivo de esta ley fue el de organizar y poner en funcionamiento la red de servicios del sistema de salud, de acuerdo al régimen de referencia y contrarreferencia de pacientes y a los principios de subsidiariedad, complementariedad y concurrencia.

1.4. LEY 715 DE 2001

En reemplazo de la Ley 60 de 1993, se creó la Ley 715 de 2001, en la cual se dictaron algunas normas en materia de recursos de acuerdo a los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política; con ella se desarrolla el Sistema General de Participación Territorial (SGP) para todo lo concerniente a la inversión social. También se redefinieron las competencias y los recursos financieros que poseía la salud pública, el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en particular el Régimen Subsidiado, reafirmando el papel primordial de la Superintendencia Nacional de Salud y fijando la nueva distribución de funciones entre la nación, departamentos y municipios.

Entre los objetivos fundamentales de la ley estaba el de tratar de corregir temas de inequidad en asignación de recursos para la salud, irregularidades en la vigilancia y control, diversidad de flujos financieros y duplicidad en las competencias entre departamentos y municipios, de ahí que la nación planifica, formula y controla las normas, los departamentos por su parte controlan el aseguramiento y la salud pública en los municipios y estos por su parte se encargan del aseguramiento de la población y de la ejecución de los programas de salud pública. Las EPS-S pierden competencia en materia de prevención y promoción de salud; estas

¹⁰ Constitución Nacional 1991

funciones fueron trasladadas a los municipios y a la nación que resultó fortalecida, viabilizando su funcionamiento bajo la dirección y coordinación de los departamentos.

II. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA A PARTIR DE 1993

Varios elementos contribuyeron a que las motivaciones y preocupaciones sectoriales condujeran a una primera propuesta de cambio en el Sistema Nacional de Salud (SNS), una de ellas fue el Estudio Nacional de Salud de 1989, realizado por iniciativa del Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), con el apoyo del Banco Mundial Programa Consolidación del Sistema Nacional de Salud; en dicho estudio se sistematizaron las principales inquietudes existentes en el sector y se planteó por primera vez la posibilidad de crear un sistema de salud que asegurara a toda la población colombiana.

En 1991 con la aprobación de la nueva Constitución Política y en relación con la salud se estableció que "la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado"; este proceso manifiesta los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia, y calidad que deben tener el servicio de salud en Colombia

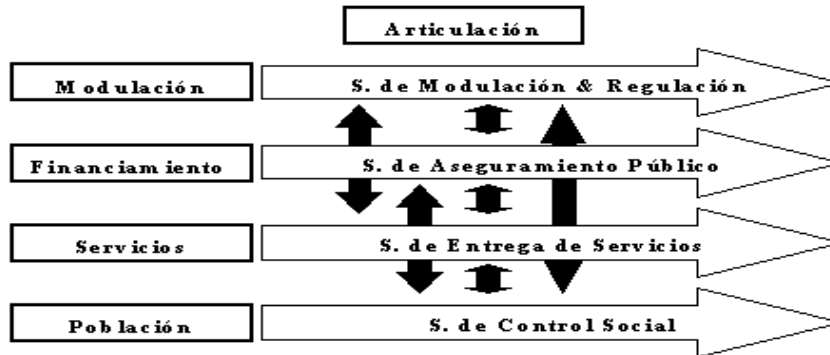
Este mandato constitucional fue desarrollado por la Ley 60 de 1993, la cual definió las competencias y los recursos para los diferentes entes territoriales, y culminó con la Ley 100/1993, que creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El proceso de reforma fue liderado por los Ministerios de Salud y del Trabajo, con el apoyo del Departamento Nacional de Planeación (DNP)¹¹ y el aval de las comisiones VII de Senado y la Cámara de Representantes.

En contraste con el antiguo SNS, el nuevo sistema de seguridad social en salud corresponde a un modelo único de seguros públicos, articulado alrededor de cuatro subsistemas concebidos y organizados horizontalmente para manejar las

11 DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida -1997

contingencias económicas derivadas de los riesgos de salud en la población (Ver gráfico 2).

Gráfico 2
Organización Horizontal del Nuevo SG SSS



Fuente: Departamento Nacional de Planeación (DNP).

2.1. Subsistema de Modulación y Regulación

La organización y funcionamiento de todo el SGSSS, está fuertemente modulada y regulada por el Estado en Colombia, a través del CNSSS (Consejo Nacional de de Seguridad Social en Salud), la Supersalud y el Ministerio de la Protección Social.

Consejo Nacional de Salud: Es el organismo encargado de coordinar y reglamentar la prestación de los servicios de salud en el país, define cuáles son los servicios que tienen derecho a recibir los afiliados al sistema, cuánto deben pagar de cotización y cuál es la suma que deben recibir las EPS por la atención de cada uno de ellos (UPC)¹².

Determina además qué servicios cubre el régimen subsidiado de salud y cuáles son los criterios para incluir en él a las personas de escasos recursos.

Las decisiones del Consejo son obligatorias y deben ser adoptadas por el Gobierno. Está conformado por los Ministros de la Protección Social y Hacienda, el Director del Instituto de los Seguros Sociales y representantes de las EPS, IPS,

¹² Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención. Tomo I. 1994. p. 25.

las entidades departamentales y municipales de salud, los profesionales de la salud, los empleadores y los trabajadores, entre otros.

Superintendencia Nacional de Salud. Es el organismo encargado de vigilar a las entidades que prestan servicios de salud en el país, ante la Superintendencia de Salud se pueden presentar quejas contra las entidades de salud por la mala atención de sus usuarios, por negar injustificadamente la afiliación a alguien que lo solicita, por cobrar preexistencias sin razón válida o por negar la atención de urgencias a una persona.

También se puede denunciar ante esta entidad a los empleadores que no inscriban a sus trabajadores al régimen de salud o no giren oportunamente los recursos que les corresponde pagar.

A la Superintendencia, le corresponde además autorizar la constitución de nuevas EPS y expedirles certificado de funcionamiento, además de supervisar las tarifas que cobran y la calidad de su servicio.

Ministerio de la Protección Social. Es el encargado de fijar, bajo la dirección del Presidente, las principales políticas del sector de la salud en Colombia. En especial, regula la actividad de las EPS, las IPS y todas las entidades encargadas de prestar servicios de salud, coordina la distribución de recursos a las entidades territoriales y maneja los programas básicos de prevención y fomento de la salud.

Además de que el Ministro de la Protección Social es quien preside el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), el Ministerio se encarga de elaborar todos los estudios que requiera dicho organismo para adelantar sus funciones.

Esta vigilancia y control del Estado es con el fin de corregir las imperfecciones inherentes a la prestación de los servicios de salud y garantizar, los principios generales de solidaridad, eficiencia, calidad y universalidad, contenidos en la Constitución.

2.2. Subsistema de Financiamiento y Aseguramiento

Los servicios cubiertos por el SGSSS, se financian a través de un sistema de aseguramiento público (subsidios a la demanda), que le permite al Sistema asumir, disminuir y diluir las contingencias derivadas de los riesgos de salud especificadas en un plan único de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el POS subsidiado¹³.

El aseguramiento es administrado por Entidades Promotoras de Salud (EPS), y las Entidades Promotoras de Salud - Subsidiadas (EPS-S)¹⁴, de naturaleza pública o privada. Estas empresas asumen las contingencias especificadas en el Plan Obligatorio de Salud (POS), bajo dos regímenes de aseguramiento: contributivo (RC) y subsidiado (RS), en términos generales, el POS (a cargo del régimen contributivo) y el POS-S (a cargo del régimen subsidiado) se financia con recursos que son de naturaleza pública, a través de una suma fija de dinero que el SGSSS le paga a las EPS y a las EPS-S a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): que corresponde a la Unidad de Pago por Capitación (UPC); los mecanismos de pago de la UPC a las EPS y EPS-S por parte del SGSSS son diferentes dependiendo del tipo de régimen de aseguramiento.

2.3. Subsistema de Entrega de Servicios.

Para garantizar el acceso de la población afiliada al POS, las EPS ofrecen los servicios de salud de dos formas: directa, a través de sus redes propias, ó indirecta, a través de contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), públicas o privadas. Además de la capitación hacia las EPS, el SGSSS contempla también formas de capitación hacia las IPS.

13 Ministerio de Salud- La Reforma en Seguridad Social en Salud. Tomo I; 1994. p. 25. 5.

14 Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas

En el siguiente cuadro se resume lo expresado anteriormente:

Diseño institucional por funciones del SGSSS

FUNCION	AGENTE ENCARGADO
Rectoría	(MinsSalud) Ministerio de Salud (CNSSS) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (SuperSalud) Superintendencia Nacional de Salud (INVIMA) Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos Direcciones de Salud Departamentales, Distritales y Locales Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud
Financiamiento	(FOSYGA): Fondo de Solidaridad y Garantía a través de: Subcuenta de Compensación Interna del Régimen Contributivo Subcuenta de Solidaridad del Régimen Subsidiado Subcuenta de Promoción a la Salud Subcuenta de Riesgos Catastróficos Fondos de Salud Departamentales, Distritales y Locales
Articulación	(EPS), Entidades Promotoras de Salud públicas y privadas (EPS-S) Entidades Promotoras de Salud - Subsidiadas
Prestación	(IPS), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección general de Promoción y prevención, 1999.

III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA LEY 100 DE 1993

El Estado Colombiano decide reemplazar el modelo público de oferta subsidiada de servicios por un modelo de libre competencia regulada, con subsidio a la demanda como principal objetivo para proteger a la población más vulnerable en este aspecto. Este subsidio sitúa a estos usuarios en condiciones de igualdad (por lo menos en lo que concierne a la teoría) con el usuario que consigue pagar sus servicios. Otras características básicas del nuevo modelo son las siguientes:

- Establecimiento de un mercado descentralizado de servicios de salud, con un ente administrador, las (EPS)¹⁵; un ente proveedor de servicios, las (IPS)¹⁶ y un usuario que se organiza para acceder a los servicios, como afiliado contribuyente (cuando se realiza el pago de su cotización a una EPS) o como afiliado subsidiado, si por no tener los recursos su cotización la paga el Estado.
- El mercado se establece entre las EPS, que representan al usuario en la compra de servicios, y las IPS. También las EPS se encargan de coleccionar y transferir las cotizaciones de los afiliados al (FOSYGA)¹⁷.
- El FOSYGA reembolsa a las EPS los costos de los posibles contratos de servicios con las IPS, mediante la UPC¹⁸. Estos contratos especifican un POS¹⁹ establecido por ley para los afiliados contribuyentes y para los afiliados subsidiados POSS²⁰. Tales contratos están sujetos al poder de mercado y capacidad de negociación de las partes (EPS e IPS).
- El Estado mantiene y fortalece su papel de regulador de un mercado que presenta inconsistencias en su funcionamiento, en relación con las leyes

15 Entidades Promotoras de Salud

16 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

17 Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía

18 Unidad de Pago por Capitación

19 Plan Obligatorio de Servicios de Salud

20 Plan Obligatorio de Servicios de Salud Subsidiados

clásicas de oferta y demanda, mediante una Superintendencia Nacional de Salud²¹.

- El Sistema de Seguridad Social plantea eliminar la inequidad mediante el subsidio a la demanda y la apertura del mercado de servicios para los proveedores públicos y privados, en condiciones de competitividad equilibrada. El usuario tiene representación en las EPS e IPS y además se puede organizar en asociaciones para contratar servicios y para la defensa del consumidor.

Para estudiar más a fondo los resultados de la Ley 100 de 1993, se analizará la Ley desde la cobertura, calidad del Sistema General del Sistema de Salud Social, financiamiento de las EPS y EPS-S y la crisis de la red Hospitalaria en el País.

3.1. COBERTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

3.1.1 COBERTURA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

En el Régimen Contributivo se generó un aumento de cobertura del 38 por ciento de la población en 1997 y a partir de ese año creció pero de manera mas lenta llegando al 2005 a casi el 40 por ciento, por otro lado en el Régimen Subsidiado se presentó un incremento mayor; entre 1997 y 2005 aumentó del 20% al 30%, generándose una mayor equidad social ya que esta focalización de los subsidios favoreció a los grupos de población más pobre.

Adicionalmente y analizando la encuesta de calidad de vida ECV (Encuesta de Calidad de Vida de 1997 realizada por el DANE), la población que no se encuentra dentro del régimen subsidiado, tiende a ser más pobre que el resto de la población y utiliza en menor proporción los servicios de salud, debido a que únicamente acude a ellos en casos de emergencia.

Cabe decir que la población rural dispersa siempre ha tenido problemas de acceso por su aislamiento de las cabeceras municipales y por la oferta limitada de

21 Ministerio de Salud. Ley 100 de Diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema Nacional de Seguridad Social integral

profesionales de la salud en el campo. En 1997, dentro de la comunidad, el 45% de la población rural no tenía ningún servicio de salud ni siquiera una promotora de salud, el 3,2% contaba con médicos o enfermeras y el 36,8% contaba con puesto de salud (DANE).

El acceso a los servicios de salud también se ve afectado por la insuficiente información sobre las actividades de promoción y prevención que deben llevar a cabo las EPS, quienes en la mayoría de los casos se limitan a acciones de bajo impacto como la publicación de folletos.

CUADRO No.1 POBLACION TOTAL NACIONAL NUMERO DE AFILIADOS AL SGNSSS Y PORCENTAJE DE COBERTURA. 1993-2000 (cifras en miles)

AÑO	POBLACIÓN NACIONAL	AFILIADOS TOTAL NACIONAL	COBERTURA
1993	37.422	8.772	23.4%
1997	40.064	22.701	56.7%
2000	42.321	21.076	49.8%

Fuente: Proyecciones de Población DANE (1998) PNDU al (2003).

De las cifras citadas en el cuadro anterior se puede resaltar que la cobertura disminuyó entre 1997 y 2000 en cerca de casi 1.6 millones de personas; al respecto el DANE(1998) señala que esta disminución se presentó en todos los deciles de ingreso excepto en el más pobre, donde se registró un aumento de la cobertura ya que del 39% paso al 44%, la disminución de cobertura en salud estuvo acompañada con una disminución también en el acceso a servicios de salud entre los deciles de ingresos de estratos mas bajos paradójicamente, ante estos resultados el gastos social en salud como porcentaje del PIB aumentó de 3.4% a 3.5%(PNUD Ministerio de la Protección Social 2003:38).

También es importante revisar las tendencias en la cobertura del régimen contributivo y su relación en parte, con la creación de empleo; al examinar algunas cifras de la población trabajadora se encuentra que el 90% de los cotizantes del

régimen contributivo son asalariados²² y el restante 10% esta compuesto por trabajadores independientes²³. Así las cosas, el aumento de la cobertura en el régimen contributivo está altamente influenciado por la evolución en el mercado de trabajo en lo que respecta al asalariado, pero infortunadamente las tendencias son desfavorables, mientras que en la década de los ochenta el crecimiento promedio anual de los asalariados superaba el 4%, para la siguiente década esta cifra bajó a 1.1%. Como consecuencia a la reforma de Seguridad en Salud Ley 100 de 1993, que extendió esta cobertura al núcleo familiar, era de esperarse el aumento en la población afiliada, que estaría compuesta por asegurado principal o cotizante y beneficiarios; de acuerdo a estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social, la población afiliada al régimen contributivo paso de 13.7 millones en 1996 a 13.2 millones en el 2003. Para tener una idea de los que puede suceder en el tema de cobertura en el RC, se puede observar lo sucedido con la afiliación al SGNSSS desde la aplicación de la Ley 100 de 1993: Partimos de la meta establecida para el 2000 donde se tenía previsto dar cobertura a un 70% de la población mientras al 30% restante quedaría cubierta bajo el RS (Jaramillo, 1999:112-116) siendo así y analizando las proyecciones realizadas por el DANE, el RC debía contar con una población de 29 millones de personas para el año 2000; sin embargo según el Ministerio de la Protección Social, solo el 13.3% de la población se encuentran afiliados, lo que concluye una cobertura del tan solo el 45%; para haberse cumplido una meta de cobertura del 100%, en el RC para el año 2000, la población afiliada debió haber aumentado en promedio a una tasa anual del 19.2%; sin embargo decreció a un promedio anual del 0.5% entre 1996 y 2000 con lo que la cobertura no alcanzo ni al 50%.

3.1.2. COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO

El Ministerio de la Protección Social calcula que el 30% de la población colombiana son pobres y vulnerables, por lo tanto deben beneficiarse del régimen

²² Obreros o empleados particulares o del Gobierno

²³ Aquellos que trabajan por cuenta propia.

subsidiado. La cobertura universal depende de un proceso que sea efectivo para identificar y posteriormente afiliar a las personas que tienen derecho al subsidio, por eso el Consejo Nacional de seguridad Social en Salud por medio del decreto 009 de Julio 21 de 1994, sugiere la selección de los beneficiarios mediante un mecanismo establecido en el decreto 1895 de 1994; el proceso de identificación se llevó a cabo mediante el instrumento denominado, SISBEN²⁴, creado entre otros objetivos para ordenar a la población de acuerdo a sus condiciones socioeconómicas, expresadas en puntajes de pobreza para cada núcleo familiar, identificándose como beneficiarios aquellos que pertenecen al estrato 1 y 2.

El SISBEN se aplicó a los 10.5 millones de personas pertenecientes a los estratos 1 y 2 y que se convirtieron en beneficiarios del subsidio (Jaramillo, 1997). Hasta el momento el SISBEN se ha aplicado en 2.296.200 viviendas de 965 municipios del país, el proceso continúa pero se evidencian algunos problemas en zonas rurales y municipios muy pobres, algunos de ellos son:

- Se cree aún en algunos municipios, que el tema es exclusivo del sector salud y no hay cooperación de las alcaldías, adicionalmente no existe claridad sobre la aplicación del SISBEN,
- Tampoco se refleja claramente de quien es la responsabilidad para el manejo de la información, lo que dificulta la consolidación de los datos a nivel departamental y por ende a nivel nacional (Assalud, FES, 1997).
- Entre 1994 y 1995 se presentaron problemas de financiación ya que los recursos debían provenir de los municipios y muchos de estos no tenían disponibilidad en sus presupuestos para los gastos de funcionamiento.

24 Se define como Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales.

- Recursos de cofinanciación del 1% de la subcuenta del Fosyga tuvieron ejecución muy lenta, lo que generó que entidades territoriales dispusieran de recursos para financiar parte de la aplicación del sistema.
- No existe buena focalización ya que se han dejado por fuera amplios grupos de población pobre, a esto se suma el alto nivel de migración que se observa en esta población.
- Un factor alarmante el manejo político y no social que se ha dado al sistema.

Desde el punto de vista institucional pueden distinguirse dos etapas de implementación del régimen subsidiado, la primera inicia aun antes de la aprobación de la Ley 100 de 1993, la otra comienza desde la vigencia del decreto 2357 de diciembre de 1995, en el cual queda reglamentado el aspecto relacionado con las entidades que quedarían encargadas en la administración de este subsidio de salud.

En la primera etapa los recursos para el sistema de salud son administrados por direcciones territoriales de salud y parcialmente por las ESE (Empresas Sociales del Estado) y en la segunda etapa siguen interviniendo las ESE, las cajas de compensación familiar y en general cualquier EPS pública o privada²⁵.

Para la segunda etapa de implementación de sistema subsidiado que comenzó con la vigencia del decreto 2357, por medio del cual quedó reglamentada la libre escogencia de EPS y se establece los requisitos que deben tener las entidades para participar en el régimen subsidiado, para la administración del subsidio de salud (Ministerio de la Protección Social-Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud 1997).

Se abrió el manejo del régimen subsidiado y competencia entre las EPS-S las cuales pueden ser Empresas Sociales del Estado (ESE), Cajas de Compensación Familiar (CCF) y EPS; por medio de este proceso se logró afiliar casi a 5 millones

²⁵ Ministerio de Protección Social.

de personas perteneciente a población pobre (Ministerio de la Protección 1997) “a 31 de diciembre de 1996 de los 15 millones de habitantes pobres que hay en el país y que se pretenden cubrir para el 2000, han sido asegurados 4.937.756, es decir 33% de este grupo poblacional”.

Cuando se ha seleccionado por parte de los usuarios la (EPS-S)²⁶, las autoridades municipales celebran los contratos con las EPS-S quienes se encargan de entregar a los usuarios una tarjeta donde se especifican sus derechos, como acceder a los servicios, restricciones y vigencia con la información PRE-SISBEN. No obstante se registran problemas por falta de procedimientos definidos y cuando se toman decisiones por compromisos de tipo político y no de tipo social; adicional a esto la competencia desleal entre EPS y EPS-S y el flujo inadecuado de recursos.

Dentro de ese manejo desleal se presenta que algunas ESE monopolizan el servicio de salud en algunos municipios medianos o pequeños, bloqueando así el ingreso de algunas EPS-S; no obstante las ESE se han visto en desventaja en las grandes ciudades dado que las EPS y Cajas de Compensación Familiar ya están posicionadas impidiendo su ingreso. De ahí que las EPS-S y ESE se han visto obligadas a rediseñar sus modelo de mercadeo lo que ha influido en el aumento de sus costos en publicidad y personal para estos fines, provocando que las EPS-S utilicen las UPC-S en costos administrativos, sacrificando recursos que deben ser destinados al pago de los servicios de salud.

Desde 1996 se ha venido detectado un grave problema de flujo de recursos entre entidades territoriales y las EPS-S, y entre las EPS-S y las EPS, en efecto las EPS-S se quedaron en promedio con un 70% de ingresos por concepto de UPC-S y solamente fue destinado el 30% de estos ingresos al servicio de salud (Redondo Herman 1997)²⁷.

26 Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas

27 La Reforma de Salud – Asociación Médica Sindical –Agosto de 1997

También se encuentran que las EPS-S, que a la vez funcionan para el régimen contributivo, utilizan parte de los excedentes del régimen subsidiado para cubrir obligaciones administrativas, de igual manera entidades del régimen contributivo y medicina prepagada envían costos al área del régimen subsidiado de forma excesiva lo que conlleva al aumento de los gastos de operación en el régimen subsidiado.

Mediante el acuerdo 56 de 1997, donde se obliga a las EPS-S a invertir el 80% de los recursos en los servicios de salud y el restante 20% para fines administrativos y si el porcentaje de prestación de servicios es inferior al 80%, se obliga a las EPS-S a crear un fondo (Redondo Herman 1997).

Para evaluar si el servicio de salud en Colombia a través de las EPS es el adecuado y si el proceso de acreditación se está cumpliendo, es necesario conocer el usuario e identificar el ambiente socio-económico en el que se desenvuelve a fin de saber muchas de las causas de las enfermedades que actualmente forman parte del perfil demográfico de la población.

Por principio general, en un sistema de salud, el acceso a este debe ser equitativo, si todas las personas tienen igual oportunidad de obtener servicios de salud cuando así lo requieran sin importar su capacidad de pago así como el establecimiento de iguales costos para todos; encierran una sobre simplificación que desconoce preferencias individuales, de otra parte, al enfrentarse a los patrones de consumo de otros bienes y servicios, el individuo de menos ingresos tendrá siempre que renunciar a consumir más de estos bienes que el de más altos ingresos, lo cual nos lleva a concluir que aún con precios iguales o acceso igual, existe un costo de oportunidad en términos de utilidad no percibida, que es mayor para el de menos ingresos.

Por lo anterior, el comportamiento de la distribución en la afiliación a la seguridad social en salud se define mediante los resultados que se obtienen por políticas regulatorias sobre las barreras económicas que se presentan al acceso.

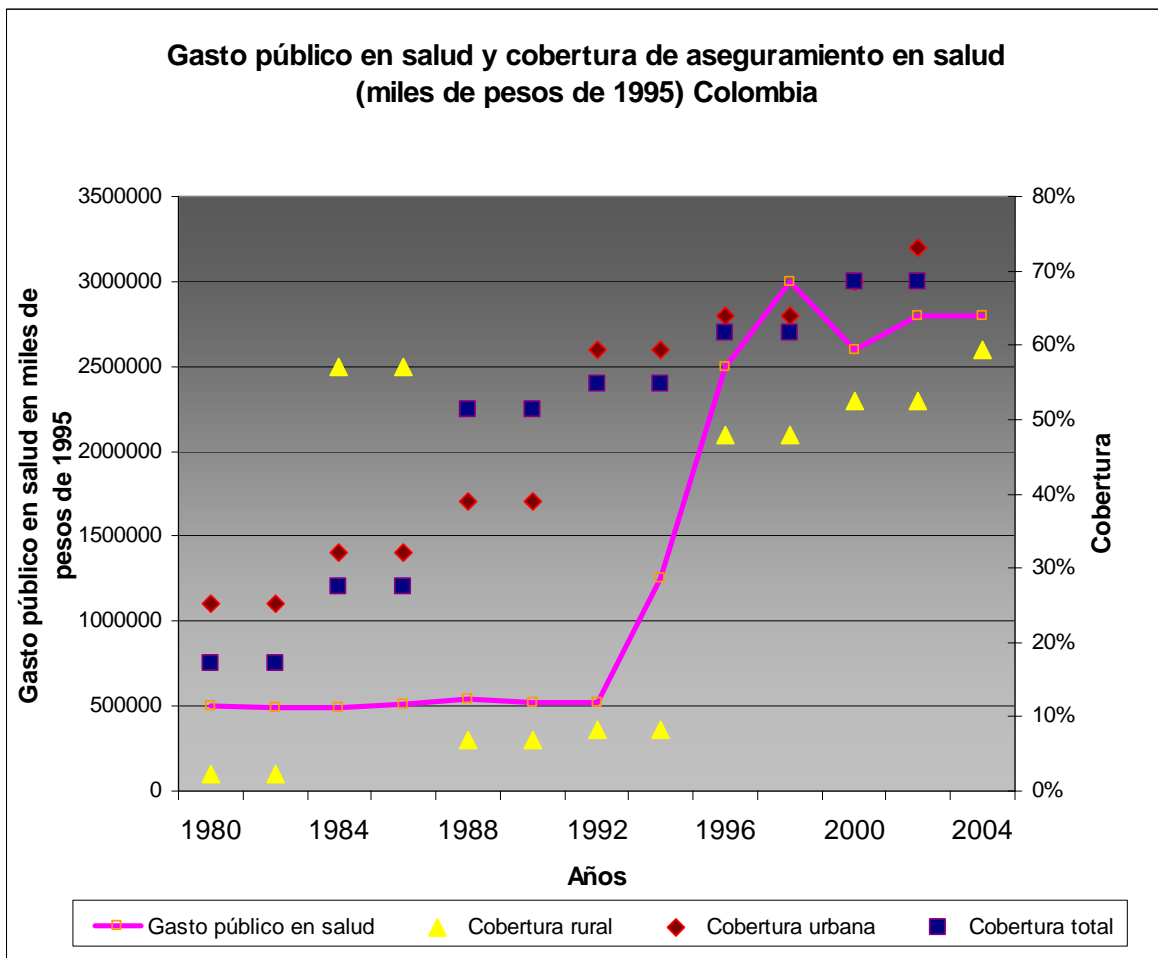
El análisis de dicha información nos indica claramente que las razones para no utilizar los servicios de salud proporcionan una visión complementaria y miden la presencia de barreras económicas, funcionales y geográficas que dificultan la accesibilidad a los servicios de salud, encontrándose que entre la población no cubierta por la seguridad social en salud, la falta de dinero constituye la principal razón para no utilizar estos servicios vitales en tanto que entre los afiliados es la segunda razón más importante.

Cabe recordar que en 1990 el Estudio Sectorial de Salud había encontrado una accesibilidad a los servicios del subsector oficial directo de sólo el 35% de la población y con aseguramiento social el 20,6%. Estos indicadores se reajustaron hacia septiembre de 1992, estableciendo mediante la Encuesta Nacional de Hogares que el 81% de la población tenía acceso a los servicios de salud, incluyendo un 23% de la población que además del acceso estaba también afiliada a la seguridad social.

En la actualidad Colombia tiene 42'090.502²⁸ de personas de los cuales el 44% no cuentan con cobertura salud. Por otro lado el Gasto Público en Salud de acuerdo a estudios realizados por el DANE, aumentó entre 1992 y 1997 mientras que el gasto generado por la contribución de los trabajadores y empleadores a la seguridad social creció un 50%, esto generado gracias a la Constitución de 1991 y a la Ley 100 de 1993, claramente junto con este crecimiento del gasto público se dio un crecimiento de la cobertura del sistema, lo que permitió reducción de esas brechas existentes entre la población con diferentes niveles económicos, entre la población rural y urbana y que la cobertura familiar redujera los diferenciales generados por edad, como se observa en la siguiente gráfica

28 Según Censo realizado por el Departamento Nacional de Estadística en el 2005.

Grafica N.01. Gasto Público en Salud y coberturas de aseguramiento en salud (miles de Pesos de 1995) Colombia



Fuente: Yepes F.J, Evaluación del Impacto de los programas de ajuste macroeconómico sobre la Salud

En un estudio realizado por el CIDER de la Universidad de los Andes (2000) se puede analizar que la reforma descentralizadora que repercutió a las entidades territoriales y los hospitales, permitió mejorar la accesibilidad a los servicios, sin embargo, no son tan favorables los resultados en materia de prevención y promoción y de los programas de salud pública.

De acuerdo con los estudios realizados por la facultad de Economía de la Universidad del Rosario, la cobertura en seguridad social de salud para 1997 responde a las siguientes cifras:

- Del total de la población pobre en el país, el 35,3% está cubierta por el régimen subsidiado, el 10,7% está cubierta por el régimen contributivo y el 53,9% aún no cuenta con un seguro de salud.
- De la población no pobre, el 47,6% está en el régimen contributivo, el 13,7% en el régimen subsidiado y el 38,6% permanece sin afiliación.
- La cobertura en el aseguramiento cubre al 61% de la población urbana y al 47,5% de la población rural.

Con la reforma, en el régimen contributivo el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ISS), amplió la cobertura a todo el grupo familiar del cotizante y captó, además, la mayoría de afiliados de otras entidades públicas que decidieron no adaptarse al nuevo marco legal, de ahí que la cobertura pasó del 16 al 22% de la población Colombiana. Por otra parte, se vincularon a la seguridad social, a gran parte de los antiguos tenedores de las pólizas de medicina prepagada.

Como consecuencia de estas transformaciones institucionales, la cobertura del SGSSS pasó del 21 % al 52 % por ciento de la población, durante el periodo 1993 a 1997; esta cifra, incluye el 75 % de la población objeto del RC y el 35 % de la del RS, respectivamente. Sin embargo, dado que un 6 % adicional de la población está cubierta por otros esquemas, la cobertura total del aseguramiento en salud asciende a 22,7 millones de personas que representan al 57 % del total, según la encuesta de calidad de vida realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, en 1997²⁹.

Esta información es bastante preocupante en cuanto que los encargados de planear y formular políticas enfocadas en lo social ya que deben perfeccionar y mejorar la efectividad de los instrumentos de regulación financiera, especialmente aquellos destinados a focalizar el gasto social en los segmentos más pobres, marginados y vulnerables de la población, con el fin de garantizar su acceso a los servicios de salud.

²⁹ Encuesta realizada por el DANE - 1997

El perfil epidemiológico expresa el impacto de los diferentes riesgos de enfermedades de una población a través de patologías específicas; en Colombia las principales enfermedades causantes de las defunciones han ido cambiando con el tiempo, de las enfermedades infecciosas y parasitarias a las cardíacas y respiratorias, consideradas las primeras como un indicio de bajo nivel de vida y las segundas como típicas de una vida más urbana. En años recientes la violencia se ha recrudecido en tal punto que los homicidios se convirtieron en la principal causa de muerte del total de defunciones. Después de los homicidios, le siguen en orden de importancia los infartos, las dolencias circulatorias y respiratorias, vasculares, tumores y las neumonías³⁰. En los últimos 50 años, de acuerdo a los informes realizados en el DNP, Colombia ha experimentado un proceso de transformaciones demográficas; estos cambios se caracterizan por la disminución de las tasas de fecundidad, natalidad y mortalidad infantil, el incremento de la esperanza de vida y la creciente concentración de la población en las áreas urbanas. La tasa global de fecundidad se redujo de 6.6% en 1960 a 2.6% en 1990 (DANE).

La mortalidad infantil descendió de 196 por cada mil nacidos vivos en 1938 a 31.9 en 1996, a pesar de esta disminución, la mortalidad infantil en ese año fue tres veces mayor en la población de recursos altos y medios; mientras que en las comunidades pobres y marginadas alcanza cifras de hasta 200 por cada mil nacidos vivos (DNP- Coyuntura Económica e Indicadores Sociales).

La esperanza promedio de vida estimada es de 71 años, lo que representa un incremento del 39% respecto de la esperanza de vida para mediados del siglo XX; la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres (75 y 69 años respectivamente), debido en parte a que la violencia cobra más víctimas entre la población masculina.

30 Fuente Departamento Nacional de Planeación, DNP, boletín No.30 Coyuntura Económica e Indicadores Sociales.

Cuadro 2. Esperanza de vida y tasa de mortalidad infantil

Período	Esperanza de vida al nacer			Tasa de mortalidad infantil
	Total	Hombres	Mujeres	
1965-1970	60,0	58,3	61,8	82,2
1980-1985	67,2	64,6	69,8	41,2
1985-1990	68,2	65,5	71,1	39,7
1990-1995	71,0	66,4	72,3	27,3

Fuente: Ministerio de Protección Social, Dirección General de Promoción prevención, 1999.

De acuerdo a la información suministrada por el Ministerio de la Protección Social se ha venido transformando poco a poco la estructura demográfica, la población infantil que antes tenía un peso significativo ha venido disminuyendo, frente a la población de adultos que es cada vez mayor; la población entre 15 y 64 años es aproximadamente de 24 millones de personas, el doble de la población menor de 15 años; mientras que la población mayor de 65 años se incrementó en las décadas del 80 y 90, y se estima en poco más de 1.6 millones de personas³¹. También observamos que la mayor parte de la población del país reside en las áreas urbanas (71%).

Lo que permiten al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) definir anualmente en función del perfil epidemiológico los valores para las UPC, son aquellas características socioeconómicas, demográficas y epidemiológicas de la población colombiana que será pagada a través de la compensación a todas las EPS, teniendo en cuenta, la población relevante, los riesgos a cubrir, costos en los que se incurre para poder prestar un servicio con calidad y toda la serie de estudios técnicos presentados por el Ministerio de la Protección Social.

Por el lado analizaremos el tema del talento humano en el sector salud, la Ley 100 implantó el mecanismo de UPC³², que obliga al profesional a aumentar el número

31 Ministerio de Protección Social, Dirección general de Promoción prevención, 1999.

32 Pago per cápita o Unidad de Pago por Capitación.

de afiliados atendidos en el día, para que de esta manera mejore el nivel de ingresos percibidos, esto genera reducir al mínimo posible el tiempo con cada paciente. La aparición de las EPS como intermediarios para contratar los servicios entre las IPS y los usuarios, trajo consigo dificultades para aquellos profesionales de la salud que no se encontraban organizados o pertenecían a alguna entidad; ante esta situación, las EPS han definido unilateralmente las tarifas por los servicios profesionales, teniendo en cuenta la utilidad económica de la empresa, que es la que impone tarifas, honorarios, listado de medicamentos, procedimientos, tiempos de hospitalización, etc., tarifas que no representan todos los costos en los que incurren los profesionales en salud, ya que el período de capacitación es de casi ocho años para un médico general y en caso de un especialista se aumentarían tres o cuatro años más. Igualmente, de acuerdo a la información suministrada por el DANE, la mayor oferta de recurso humano de salud está concentrada en Antioquia, Bogotá, Boyacá, Cundinamarca, Santander y Valle, los cuales, en 1994 tenían el 49,9% de los empleos del sector salud oficial, y en 1997 el 50,7%.

3.2. PRESUPUESTO EPS - IPS

Recordemos que las EPS son las entidades encargadas de asegurar la prestación de los servicios de salud a todos los afiliados al sistema; todo cotizante tiene derecho a escoger libremente en qué EPS quiere afiliarse y puede trasladarse de una a otra si lo desea, siempre y cuando tanto él como sus beneficiarios hayan cumplido por lo menos un año y medio de afiliación en la entidad, el traslado solo se hará efectivo un mes después. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) son las encargadas de recaudar, administrar los recursos que corresponden a sus afiliados y finalmente girar la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA-Decreto 1896 de 1994).

Por otro lado las IPS que son los hospitales, clínicas, centros médicos o profesionales de la salud que se encargan de prestar directamente la atención médica a los afiliados del sistema de salud; deben celebrar contratos con las EPS, para prestar sus servicios a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), para que

estas sean las encargadas de asumir todos los costos que se generen por la atención médica de los afiliados³³. Por regla general todas las instituciones que prestan servicios de urgencias deben atender el servicio de urgencias así la persona no esté afiliada a una EPS, en estos casos los costos de la atención a esta población que no este afiliada la asume el Fondo de Solidaridad y Garantía.

En estos últimos años los gastos para atención médica han sido principalmente la mayor preocupación para el sector de la salud y una concientización de los beneficios de llevar una vida saludable y de poder tener acceso a la atención médica, adicionalmente la creación de nuevos tratamientos médicos, en muchos casos enfermedades cuyos tratamientos son altamente costosos y el elevado precio de los medicamentos, además la población de la tercera edad aumenta y por lo general requieren mas atención.

Partiendo de identificar la función que cumplen las EPS y las IPS en nuestro país analizaremos como funciona el financiamiento de estas entidades.

El Ministerio de Protección Social y el Consejo Nacional De Seguridad Social en Salud en el Acuerdo No. 216 de 26 noviembre de 2001, el presupuesto del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, fue modificado quedando en \$1.903.021.149.376 que se distribuyeron en el 2002 en cuatro subcuentas³⁴ así:

- Subcuenta Compensación \$879.587.866.022
- Subcuenta Promoción \$64.552.319.354
- Subcuenta Solidaridad \$680.752.114.000

De acuerdo a la información suministrada por el Ministerio de la Protección Social en Salud, el valor promedio ponderado de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo, para el año 2002 en la suma anual de 300.684,38 millones, que corresponde a un valor diario de \$835,23.; a la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo se reconocerá una prima adicional del 33% en los

33 Ministerio de la Protección Social .

34 El Ministerio de Protección Social y el Consejo Nacional De Seguridad Social En Salud

departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá dando como resultado un valor promedio de UPC anual de 399.909,60 millones, que corresponden a un valor diario de \$1.110,86.

Las anteriores cifras corresponden a los aportes que destinó el gobierno para el sector salud en el año 2002, pero si se analizan cifras anteriores se puede observar que el Gasto Público total en salud se cuadruplicó³⁵; ya que de acuerdo a

los datos suministrados por el (DANE) entre 1986 y 1991 tuvo un crecimiento moderado aproximadamente del 8% anual, entre 1991 y 1993 el crecimiento promedio pasó a 18% y entre 1993 y 1996 a 32%. Este crecimiento tan significativo se debió principalmente a los incrementos en el porcentaje que se destina a las transferencias territoriales definidas por la Ley 60 de 1993 (situado fiscal y participaciones municipales), reemplazada por la Ley 715 de Diciembre de 2001 que dicta las normas en materia de recursos, entre otros, y los nuevos recursos definidos por la Ley 100 de 1993 (FOSYGA).

Los recursos del sector salud también tuvieron un incremento como porcentaje del PIB, mientras que en 1986 éstos recursos correspondían casi a un punto menos del PIB (0.94), en 1995 llegaron a 7% y en 1998 pasaron casi al 10%. En cuanto al Gasto Público per capita en la última década creció, mientras se gastaban en 1986 \$17,060 per cápita, en 1995 se incrementó a 27,814 millones y en 1998 pasó a 52,657 millones.

Analizando las anteriores cifras suministradas por el Departamento de Planeación Nacional, observamos que el incremento en gasto para el sector salud tuvo un incremento significativo, sin embargo no se ve reflejado en los resultados con respecto al impacto que se hubiera deseado para la cobertura en servicios preventivos, curativos y asistenciales; el crecimiento en las atenciones de salud solo aumentó entre 1986 y 1995 en 31 por ciento (DNP), lo cual representa un crecimiento anual de 3.4 por ciento. En la siguiente tabla se ve reflejado el impacto

35 Departamento Nacional de Estadística – DANE.

que de cierta manera ha tenido el sector salud en todo el proceso de descentralización que ha vivido el país en el período 1988 a 1997, cuando el gasto fiscal en salud pasó desde el 1,39 del PIB en 1988 hasta llegar al 3,72 del PIB en 1997, creciendo su participación en el PIB en 2,7 veces durante 10 años (Departamento Nacional de Planeación – DNP).

Cuadro No.3 Evolución del Gasto Fiscal Descentralizado (2988-1997) como proporción del PIB										
Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Porcentaje del PIB	1.39	1.22	1.24	1.07	1.09	1.75	2.48	3.16	3.73	3.72
Fuente: DNP, SISD, Boletín 21 pág. 53										

Podemos destacar que financieramente uno de los aportes mas significativos de la reforma a la seguridad social fue el crecimiento de los aportes tanto de los patrones como de los empleados, que pasaron del 8 al 12.5 por ciento sobre las nóminas. Es importante señalar que un punto de este aporte (es decir, cerca del 8,3 por ciento de la cotización total) se convierte en un subsidio cruzado (de solidaridad) hacia el régimen subsidiado en salud, el cual debería ser equiparado con un aporte del Gobierno Nacional, que no se ha dado gracias a las limitantes del fisco en los últimos años. No obstante, como se observa en el la siguiente tabla, la Ley 100 ha contribuido a que en los últimos años los aportes tanto de empleados como de empleadores hayan duplicado el gasto parafiscal en salud como participación del PIB, pasando del 1,28 al 2,67(Departamento Nacional de Planeación – DNP).

Cuadro No.4 Evolución del Gasto Parafiscal en Salud(1988-1997) como proporción del PIB en Colombia										
Año	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Porcentaje del PIB	1.28	2.30	1.53	1.47	1.65	1.77	2.10	2.42	2.68	2.67*
Fuente: DNP, SISD, Boletín 21 pág. 53										
*Se tomó el 50% del gasto reportado como correspondiente a la Seguridad Social										

3.3. PROBLEMAS DE FINANCIACIÓN DEL SGSSS

3.3.1. EVASIÓN

Cuando se da evasión desde el punto de vista financiero de cualquier sistema y mas uno tan sensible como es el de la salud, donde se dejan de percibir importantes sumas de recursos, lo que pone en riesgo su estabilidad financiera y le impide ampliar la cobertura y ocasiona un desmejoramiento en la calidad de los servicios prestados.

3.3.2. RETRASOS EN LOS PAGOS

Desde el punto de vista del Fosyga se da cuando esta entidad se demora en el giro de los recursos a lo fondos locales de salud, y por el lado de las EPS, se da por las fallas que se pueden generar en la facturación de las IPS y la pérdida de dinero que se presenta porque las EPS y EPS-S no responden por el pago de intereses moratorios a las IPS.

Adicionalmente, se crearon una serie de medidas para resolver en cierta forma el problema que se venía presentando en la parte financiera, que aqueja a las clínicas y hospitales del país, desde la creación de la Ley 100 de 1993, dentro de las cuales se encuentran:

- Disminución en el tiempo de pago de las facturas de 30 a 25 días, con el ánimo de superar el problema de flujo de recursos, creando un Tribunal de

Arbitramento que en el término de 30 días resuelva la duda de las facturas para que éstas puedan ser canceladas.

- En caso que una EPS o una EPS-S no pague a tiempo, la IPS podría pasarle una cuenta de cobro directa al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), el cual le da a la entidad para que demuestre el pago realizado, en caso contrario, el Fosyga le paga a la IPS, pero éste a su vez se lo descuenta a la EPS en el proceso de compensación del mes inmediatamente siguiente, con intereses de mora incluidos.

Estas medidas no ocasionarían un gasto adicional al Estado, pero sí permitirían una mejor organización del flujo de recursos para que las entidades no se afecten financieramente.

3.3.3. DESEMPLEO Y SUBEMPLEO

A pesar de denominarse como factores externos al sistema, esta problemática afecta al sistema de salud ya que al existir bajas tasas de desempleo y subempleo, se generan bajas tasas de ingresos nuevos al sistema y menores cotizaciones también.

3.3.4. ASPECTOS LEGALES

La implementación de SGSSS ha venido afrontando problemas que afectan seriamente la estabilidad de sus recursos, debido a la interpretación que los encargados de administrar las leyes en Colombia han dado al derecho a la vida y a los servicios de salud definidos en la Constitución. Al no diferenciar entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, así como la prioridad que se ha dado al derecho individual y no al derecho colectivo, generó que paulatinamente haya un incremento en la interposición de tutelas que fallan en contra del sistema, de alguna manera si el sistema brindara todos los medios suficientes para que el servicio se prestara a toda la población y de la manera adecuada, no obligaría a la población a recurrir a estos medios.

El argumento mas fuerte para la expansión en lo que corresponde a la accesibilidad a los servicios de salud y adicionalmente poder garantizar el aseguramiento de la población, está en que los recursos financieros sean direccionados hacia los hospitales y hacia la creación y desarrollo del régimen subsidiado de salud, que es financiado en un 70% con recursos descentralizados de los departamentos y municipios. Estas fuentes de recursos se han originado gracias al proceso que ha sufrido el país con la descentralización, otras en el estímulo al esfuerzo propio de las entidades territoriales y en la reforma a la seguridad social. Así, de forma agregada, de acuerdo a resultados analizados por el DANE, para 1988, el gasto fiscal y parafiscal de salud se situaba en cerca de 2,67 puntos del PIB y para 1997 había ascendido al 6,39% del PIB, es decir, su participación en el conjunto de la economía se había multiplicado por 2,4.

3.3.5. FINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIDADO

Con respecto al Régimen Subsidiado la Ley 100 de 1993 estableció la nueva destinación a los subsidios de la demanda, que venían de la contribución parafiscal de empleados y empleadores y de recursos que deben aportar la nación y los municipios, los recursos que anteriormente eran destinados a los hospitales deben irse asignando paulatinamente a criterios de demanda o en función específica de la cantidad de población que se desea subsidiar y el costo de un paquete al que tienen derecho (Morales-Julio de 1997), lo que implicó problemas en la forma de financiación de los hospitales que estaban acostumbrados a recibir recursos sin otro criterio que el de pagar la capacidad instalada independiente a cual sea su utilización.

De ahí que los recursos creados específicamente al RS provienen de recursos nacionales y recursos de origen departamental, los primeros de origen fiscal y parafiscal y son recaudados por intermedio del Fosyga, estos recursos provienen de la contribución del 1% que realizan los empleados del RC, a este se le denomina “punto de solidaridad” adicionalmente los recursos parafiscales que

administran las CCF deben ser dirigidos entre un 5% y 10% al RS, la Ley también estableció que el gobierno nacional aportará una cuarta parte por cada peso de rentabilidad generado en el punto de solidaridad³⁶.

Para los recursos de origen departamental procede de una porción que se toma del impuesto de las rentas generadas de las explotaciones petroleras de Cusiana y Cupiagua que son cedidos a municipios, departamentos y distritos, pero como no se ha especificado en algún decreto responsable el régimen subsidiado, no ha recibido nada por este concepto.

Por otro lado la Ley 100 definió que el 60% de 25% que deben invertir los municipios en salud deberían destinarse a la financiación de régimen subsidiado³⁷ se establece un copago para el usuario en el momento de utilizar el servicio (Morales-Julio 1997) para racionalizar el uso de los servicios y para apoyar la financiación del plan de salud de la familia del trabajador.

Se realizó una transición de los subsidios, efectuándose un cambio de beneficiario de los recursos públicos, en este caso el Estado reconoce una UPC-S por un POS a los cuales tiene derecho una persona, esta UPC-S se traduce en el subsidio a la demanda que debe ser pagado a las EPS-S, esto significó el cambio en la estructura administrativa y financiera de los hospitales ya que los recursos que iban a adquirir por venta de servicios, esta transformación persigue básicamente tres objetivos:

- Asignar en forma eficiente los recursos del Estado, distribuyéndolos a la población mas necesitada.
- Mejorar en eficiencia y calidad la prestación de los servicios de salud.
- Liberar recursos para afiliarse al RS a la población que se encuentra por fuera del sistema (Ministerio de la Protección Social).

³⁶ Ministerio de la Protección Social

Para cumplir con estos objetivos debe existir suficiente disponibilidad de recursos, suficiente oferta de proveedores y que estos a su vez mantengan el promedio de tarifas establecidas por sus servicios, oferta de (EPS-S)³⁸ interesadas en afiliar a la población de escasos recursos. Pero de acuerdo a los estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social es difícil de cumplirlos por la insuficiente disponibilidad para brindar a la población objetivo un plan equivalente al POS, esto implica o prestar un POS incompleto o cubrir una parte de la población con un POS completo y dejar a parte un porcentaje de la población sin cobertura, adicionalmente los proveedores de servicios cuyos costos superan lo establecido, el proceso de ajuste de los hospitales que se torna lento e ineficiente y la asignación de recursos de oferta para diferentes fines como funciones administrativas que se incorporaron (Ministerio de la Protección Social 1997).

Según artículo 11 de la ley 1122 en donde se modifica el artículo 214 de la Ley 100, se presentan algunas nuevas fuentes de financiación las cuales son:

1. De las entidades Territoriales
 - a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en salud (SGPS) que se destinarán previo concepto del CONPES y en forma progresiva al régimen subsidiado en salud en el año 2007 el 56%, en el 2008 el 61% y a partir del 2009 el 65%
 - b) Recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de azar y recursos transferidos por ETESA
 - c) A partir del 2009 del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos el 25%
 - d) Otros recursos propios de las entes territoriales
2. Del Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga.
 - a) un punto cinco de la cotización del régimen contributivo, regímenes especiales y de excepción.
 - b) El monto de las cajas de compensación familiar que trata el artículo 217 de la ley 100 de 1993

37 Participación de los municipios debe distribuirse educación, 25%Salud, 20% Agua Potable, 5% Deporte y Cultura y 20% Libre Asignación por parte de los alcaldes, estos se aplican después que se resta el 15 y 30% que la Ley les permite para gastos de funcionamiento del Municipio.

c) El Gobierno Nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos constantes mas un punto adicional a lo aprobado en el presupuesto del 2007.

3. Otros

- a) recursos aportados por gremios, asociaciones y otras organizaciones.
- b) Rendimientos financieros que produzcan diferentes fuentes que financian régimen subsidiado
- c) El 15% de recursos adicionales que a partir de 2007 reciban municipios, distritos y departamentos, como participación y transferencias por concepto de impuesto de renta sobre producción de empresas de la industria petrolera causada en zona Cupiagua y Cusiana.

3.4. PROBLEMAS DE LA FINANCIACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO

Inicialmente en la Constitución de 1991, dentro del proceso de descentralización en materia fiscal, se reglamentó las transferencias a las entidades territoriales, ordenando su liquidación con base en los Ingresos Corrientes de la Nación (ICN) (Ingresos tributarios y no tributarios con excepción de los recursos de capital). artículo 356 y 357 de la Constitución de 1991, reglamentados en un principio por la

Ley 60 de 1993³⁹. Debido al crecimiento de los gastos para el país y por presiones fiscales que se generaron el Gobierno se dispuso a modificar esta Ley e impulsó la aprobación de una reforma que se reflejó en el Acto Legislativo 01 reglamentado por la Ley 715 de 2001, mediante el cual se modificaba hasta el año 2008 la base

de liquidación de las transferencias, estas estarían condicionados al crecimiento de la inflación más 2 por ciento los primeros cuatro años y 2,5 por ciento en los

38 Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas

39 Estableció la división de competencias para las instancias territoriales y la Nación en materia de salud y otros aspectos (CGR – Evaluación de transferencias 2006).

restantes tres años, después de este periodo el Sistema General de Participaciones (SGP) dependería nuevamente de los ICN, precisando que el porcentaje de los ICN destinados al SGP sería como mínimo el porcentaje que se hubiera transferido en el año 2001, quedando para el sector de la salud un porcentaje del 24.5 por ciento de los recursos del SGP (Ministerio de la Protección Social).

Se comenzó a evidenciar dificultad para la planeación en inversión, en adquisición de compromisos por parte de las entidades territoriales y en el cumplimiento de las metas en materia social, la crisis del año de 1999, fue funesta no solo para el país en general, sino también para las regiones que vieron sus recursos disminuidos de manera dramática. De acuerdo a estudios realizados por el DANE se presentó una disminución real de las participaciones del 4%, en este caso específico del sector salud, se llegó a la crisis de la red hospitalaria pública y evidentemente al bajo nivel en la calidad de los servicios gracias a que los recursos asignados para salud generaron un gasto público menor que en el sector privado.

3.5. CALIDAD SGSSS

3.5.1. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD.

Las instituciones prestadoras de servicios de Salud, conforme el artículo 185 de la Ley 100 de 1993 deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, partiendo de este hecho los servicios generados de éstas deben cumplir con las siguientes características: oportunidad, eficiencia, accesibilidad, seguridad, continuidad entre otros para poder llegar al objetivo de su creación, altos niveles de calidad.

La seguridad como atributo del sistema de garantía de calidad es “el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en la evidencia científica probada, que pretenden minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención en salud o de mitigar sus consecuencias” (Decreto 1011 de 2006).

La Calidad de la atención en salud está proporcionada por un conjunto de características tanto técnicas, científicas humanas, financieras, materiales etc. que debe tener la Seguridad Social en Salud, con una correcta utilización de los diferentes servicios por parte de la población que integra el sistema, y la responsabilidad de las personas e instituciones que prestan estos servicios a la población.

Las principales características de la calidad de la atención en salud son: accesibilidad al sistema, la oportunidad de utilizar los servicios, la seguridad que proporciona la tecnología, la idoneidad de los profesionales que la integran, la disponibilidad y suficiencia de recursos, eficiencia, eficacia, la continuidad, la oportuna y humanizada atención al usuario, y de lo cual depende que este se sienta satisfecho con la atención recibida.

Todos los sistemas que garantizan un nivel de calidad óptimo deben abarcar tres perspectivas:

- Desempeño de las gerencias
- Estándares Clínicos.
- Satisfacción del usuario.

Por lo anterior se hace necesaria la utilización de algunos indicadores de Calidad que se utilizan con mayor frecuencia para la atención de usuarios en los sistemas y en especial en el sistema de salud:

Cuadro 5. Indicadores de Calidad relacionados con la atención a los usuarios	
INDICADORES DE ATENCIÓN MEDICA	INDICADORES DE FARMACIA
1. Porcentaje de contrareferencias no recibidas en relación con las enviadas	1. Porcentaje de recetas devueltas al médico según especificaciones
2. Porcentaje de pacientes readmitidos por la misma causa dentro de 2 semanas	2. Porcentaje de recetas no retiradas en un periodo de tiempo
3. Porcentaje de utilización del tiempo disponible en salas de cirugía	3. Porcentaje costo de medicamentos no administrados por el servicio de hospitalización
INDICADORES DE LABORATORIO	INDICADORES DE ENFERMERÍA
1. Porcentaje de exámenes urgentes por servicio por mes	1. Oportunidad del cumplimiento de las indicaciones médicas en determinado servicio
2. Porcentaje de exámenes repetidos por paciente por trimestre	2. Porcentaje de respuestas por servicio de las solicitudes de valoración
3. Tiempo de espera para obtener cita en laboratorio	3. Calidad de los registros de la historia clínica, para los eventos en los que el paciente es internado en la institución
INDICADORES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD	INDICADORES PARA LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD
1. Oportunidad de la atención a los usuarios en consulta por medico general programada	5. Utilización del control prenatal por afiliadas
2. Oportunidad de la atención a los usuarios en consulta especializada	6 Cobertura de vacunación en menores de 5 años
3. Demanda de atención de urgencias por eventos no urgentes	7. Entrega de los medicamentos formulados a los usuarios

Estos indicadores mencionados anteriormente y que proporciona el (DNP), llevan a seguir lineamientos para defender de alguna manera a los usuarios, estos requisitos fueron diseñados bajo la coordinación del Ministerio de Protección Social y que se denominan esenciales para el buen funcionamiento de una entidad

prestadora de servicios y bajo el diagnóstico de las dificultades que se han presentado en la prestación de servicios en salud.

Existen otras brechas que afectan a la calidad de los servicios de salud, y son aquellos que tienen que ver con la continuidad de la atención y continuidad de los afiliados al sistema, implantando un estricto control sobre la calidad con que se brindan los servicios y a las redes de servicios para que paulatinamente se aumente su capacidad.

Por otro lado la Ley 100 ha causado gran impacto sobre los profesionales de la salud que han estado reacios a aceptar la reforma, los médicos, profesionales y trabajadores de la salud se han visto perjudicados; porque consideran que la medicina y los servicios de salud en general se han transformado en un bien negociable, regido por leyes del mercado convirtiéndose en un bien común que puede pagarse por anticipado, negociarse, transferirse o negarse según la conveniencia (Gómez Redondo, 1997)

Lo más significativo de las cifras del año 2001 de acuerdo a los indicadores del DANE, es la pérdida de 1.480.641 afiliados compensados del Instituto de Seguros Sociales, respecto al promedio del año 2.000, al bajar de 5.036.735 a 3.556.094, (29.4%), lo que claramente genera un desbalance entre los ingresos y gastos de la EPS del ISS lo que de alguna manera seguirá absorbiendo el presupuesto Nacional.

Las demás EPS públicas pierden afiliados moderadamente, destacándose así el cierre del contributivo en Convida, por lo que en la práctica sólo quedan Cajanal, con 489 mil afiliados compensados en el 2001 y Caprecom con cerca de 80.000.; en conjunto las EPS Públicas perdieron 1.575.956 afiliados en el año anterior, al cerrar las declaraciones de Marzo del 2002 (DANE).

En contraste, las EPS privadas incrementaron sus afiliados compensados de 7.083.701 en promedio del año 2000 a 8.899.140 en el 200, es decir un incremento del 25.6% o una ganancia de 1.815.439 afiliados compensados en el promedio de los meses del año (DANE).

De acuerdo a datos reportados por Fidusalud, el mayor crecimiento correspondió a Saludcoop, con 677 mil afiliados compensados más que al año anterior, para alcanzar un promedio de 2.239.123, quedando como una de las EPS más grandes del País⁴⁰.

En segundo lugar se encuentra Coomeva, que con el incremento de 270 mil afiliados compensados en el promedio anual pasa a ser la segunda EPS que supera el millón de afiliados del Régimen Contributivo (1.145.867 en el promedio del 2001). De modo que las EPS del sector Cooperativo llevan por mucho la delantera (FIDUSALUD).

Después de estas dos entidades se destaca Famisanar, con 355 mil nuevos afiliados, 821.454, seguida de Susalud, con 707.929 afiliados compensados y un pequeño incremento en el último año (29 mil afiliados). Siguen en su orden, Salud Total, con 614.494 y un crecimiento de moderado en el 2001, Cafesalud, con 548.832 (crecimiento importante de 158.000 compensados), Cruz Blanca con 445.122 afiliados compensados en promedio mensual en el 2001 y Compensar con 422.678, ambos con crecimiento moderado, y finalmente Sanitas, con 410.542 compensados (FIDUSALUD).

Después de estas nueve EPS que ya reúnen el 83% de los afiliados de las EPS privadas, siguen cinco más que podríamos considerar aún importantes: el Servicio Occidental de Salud, con 284.961 compensados en el promedio de los meses del 2001; Humana Vivir, con 283.310; Salud Colmena con 221.824; Comfenalco Antioquia, con 173.493, y Comfenalco Valle con 155.485. Con estas se completa el 95% de los afiliados en las instituciones privadas (FIDUSALUD).

Cuadro No.6 PRICIPALES EPS

	2000	2001	Diferencia
TOTAL	13.031.678	13.247.868	216.19
Instituto de Seguros Sociales E.P.S.	5.036.735	3.556.094	-1.480.641
E.P.S. Saludcoop	1.562.099	2.239.123	677.024
Coomeva E.P.S.	875.668	1.145.867	270.199
E.P.S. Famisanar LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO	466.275	821.454	355.179

40 Fidusalud

SuSalud EPS - (Suramericana)	678.655	707.929	29.274
Salud Total S.A. E.P.S.	555.647	614.494	58.847
Cafesalud E.P.S. S.A.	391.006	548.832	157.826
Cajanal E.P.S.	526.038	488.988	-37.05
Cruz Blanca E.P.S. S.A.	394.193	445.122	50.929
Compensar E.P.S.	369.504	422.678	53.174
E.P.S. Sanitas S.A.	321.915	410.542	88.627
E.P.S Servicio Occidental de Salud S.A.-EPS-S.O.S.	239.841	284.961	45.12
Humana Vivir S.A. E.P.S.	204.367	283.31	78.943
Salud Colmena E.P.S. S.A.	232.45	221.824	-10.626
EPS Prog. Comfenalco Antioquia	155.416	173.493	18.078
Comfenalco Valle E.P.S.	139.438	155.485	16.046
Colseguros E.P.S.	174.601	147.235	-27.367
Solsalud S.A. EPS.	72.216	108.875	36.659
E.P.S. Unimec	190.573	106.181	-84.393
Caprecom E.P.S.	113.665	79.73	-33.935
Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales	75.761	70.741	-5.02
EPS Servicios Médicos Colpatria	59.836	61.397	1.561
E.P.S. Convida	46.254	33.821	-12.432
Empresas Publicas de Medellín-Departamento Medico	18.907	19.615	708
E.P.S de Caldas	27.724	19.039	-8.685
Dirección Servicio Medico y Odonto. de la E.A.A.B.	15.7	14.55	-1.15
Div. Serv. - Medico Municipio de Santiago de Cali	14.52	13.593	-927
Caja de Previsión Social de Boyacá.	10.926	9.297	-1.629
Fondo Previsión Social del Congreso Republica	10.96	8.787	-2.173
Instituto Colombiano de la Reforma Agraria –INCORA	6.126	5.239	-887
Caja Departamental de Previsión de Norte de Santan	5.423	4.6	-824
Corp. Eléctrica Costa Atlántica CORELCA	5.074	3.956	-1.118
Selvasalud S.A. E.P.S.	4.95	3.686	-1.264
Capresoca E.P.S.	4.01	3.227	-783
E.P.S Cóndor	2.792	2.816	24
Serv. de Salud de la Corporación Autónoma Regional	2.839	2.781	-59
Universidad de Antioquia - División de Salud	7.157	2.376	-4.78
Caja Previsión Social de la Superintendencia Bancaria	2.335	2.134	-201
Caja de Previsión Social Departamento de Arauca	2.249	1.553	-695
E.P.S Calisalud	2.194	1.004	-1.19
Caja de Previsión Social de la U. de Cartagena	2.85	794	-2.056
SALUDVIDA S.A. EPS		339	339
Fondo Prestacional de la U. de Nariño.	2.455	307	-2.148

Fuente: Dirección General de Seguridad Social. Cifras de Fidusalud

Para evaluar el actual SGSSS, se identifican algunas necesidades que se determina de acuerdo a las necesidades de los usuarios de sector salud en el país, adicionalmente se tienen en cuenta los parámetros impuestos por el proceso

de acreditación de EPS y del Sistema de Calidad en Salud en Colombia, el cuadro descrito a continuación menciona algunas de estas necesidades, que se pueden clasificar en tangibles e intangibles:

CUADRO No.7 Necesidades de los usuarios del SGSSS en Colombia

NECESIDADES TANGIBLES	NECESIDADES INTANGIBLES
1.Poder utilizar los servicios de salud a un costo justo que pueda pagar	1.Confiar en un sistema colectivo igual para todas las regiones del país
2.Tener los servicios de salud en un lugar cercano a su residencia o trabajo	2.Comodidad en la realización de los tramites para afiliación, atención medica, y reclamación
3.Calidad de los medicamentos formulados y su oportuna entregada para el tratamiento de sus enfermedades	3. Imparcialidad en la atención médica. Sin diferencia de raza, estrato, credo religioso ni político, o gravedad de su enfermedad
4.La prontitud en la prestación de servicios de salud y la eficiencia en los tramites administrativos	4. Imparcialidad en la atención médica. Sin diferencia de raza, estrato, credo religioso ni político, o gravedad de su enfermedad
5.Cobertura del servicio de salud a nivel nacional en cómodas y adecuadas instalaciones	5.Sentir la seguridad de que su salud esta siendo bien atendida

Fuente: Dirección General de Seguridad Social. Cifras de Fidusalud

Es claro y se evidencia de manera contundente el deterioro de la salud pública en nuestro país, en el campo de calidad en salud no ha progresado, por el contrario vasta analizar algunos estudios realizados por la Universidad del Rosario en el campo de tratamiento a enfermedades como la malaria, tuberculosis y otras con altos índices de mortalidad en la población, para confirmar esta afirmación, la tuberculosis es un claro ejemplo, de este fenómeno, con tasas de detención del 31.4% frente a una meta del 70% y tasas de curación del 60 ante una tasa de meta el 85%⁴¹.

Con respecto a algunas investigaciones realizadas en ASSALUD, es preocupante la situación que se ha venido presentando frente a la mortalidad que se puede

⁴¹ Universidad del Rosario – Pérdidas y Ganancias de las Reformas en Salud - Programa de Divulgación Científica

evitar y que venía en disminución para los años noventa pero que ha registrado un estancamiento desde 1996, esto para el conjunto de enfermedades como fiebre reumática, enfermedades de transmisión sexual y las infecciones respiratorias agudas especialmente entre la población menor de cinco años. Estos resultados anteriores, basados en análisis realizados por el Departamento Nacional de Estadística (DANE), Censo de 1993, comparándolos con los resultados del último Censo realizado, el del 2005 generan una situación mucho más alarmante ya que los resultados han empeorado.

Otro tema bastante preocupante y que nos demuestra que la calidad en la salud va en detrimento y no ha avanzado de ninguna manera, son los índices de mortalidad materna, que han venido en aumento desde 1996.

Por otro lado la prescripción de medicamentos en el RC, solo se entregan completos en el 54% de los casos y en el 44 en el caso del RS, o en algunos de los casos el POS no los cubre y hay que adquirirlos de manera independiente.

La prestación de servicios de salud está altamente fragmentada, de acuerdo a estudio realizado en la universidad del Rosario, se encuentran dos tipos de fragmentación: una que se genera por las limitaciones en el (POS) subsidiado que no cubre una serie de servicios de gran importancia y la otra originada por la falta de incentivos por resultados en salud y es creada por los aseguradores para disminuir costos lo que genera barreras en el acceso.

Analizando el proceso de transformación que lleva el país hace doce años, este no cuenta con un sistema integral de información en salud, adicionalmente se generan aún demoras en el flujo de recursos por parte del FOSYGA.

En general la ausencia de incentivos en el sistema de salud, la falta de estudios técnicos y la fragmentación en la prestación de los servicios afectan de manera significativa para que el sistema de salud produzca con efectividad calidad para

sus usuarios; a esto se suma de manera alarmante la mentalidad de bajar costos y mantener márgenes de utilidad sacrificando la calidad de los servicios.

3.6. CRISIS DE LA RED PÚBLICA HOSPITALARIA

Los Hospitales de la red pública se han visto implicados en un enlace de procesos que se han generado para reformar en cierta forma el modelo que se ha tenido de prestación de servicios y que finalmente hasta la fecha no ha tenido resultados positivos, esta evolución básicamente ha sido enfocada en el cambio de un sistema de asistencia a un sistema de aseguramiento, que a traído consigo una crisis de las instituciones, debido a desviaciones generadas por fallas del mercado, la colocación en el sector de las Entidades Promotoras de Salud – Subsidiadas (EPS-S) y el cambio improvisado que se generó de los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Al analizar los factores que han influido en el decline económico de los hospitales encontramos algunos que han sido determinantes para esta situación:

- Los presupuestos que fueron establecidos en la Ley 100 de 1993 no llegaron a cumplir con la finalidad que al principio se estableció, esto se debe en parte a la disminución que se ha presentado en el número de cotizantes, por causas como el desempleo y capacidad de pago de la población.
- Aunque se ha venido reflejando un aumento en los recursos para la salud no se ha visto un mejoramiento en la calidad.
- El proceso que se generó para convertir los Hospitales Públicos en ESE, se ha venido implementando de manera incompleta.
- El gasto hospitalario se tornó más inflexible y los hospitales públicos se tornaron insostenibles financieramente.

El sector hospitalario viene presentando un momento muy crítico, que se da especialmente por la falta de liquidez, que ha puesto en peligro a muchas

instituciones y ha generado serios problemas a todo el sector, además la elevada carga prestacional que se ha generado.

Un factor determinante que incide en la crisis financiera es el incremento sostenido de la cartera morosa que presentan las ESE.; la red de hospitales públicos de prestadores de servicios de salud, invierte recursos para la atención de los pacientes en el pago de médicos generales, especialistas, personal de apoyo diagnóstico, personal administrativo, insumos como medicamentos y material médico quirúrgico y mantenimiento de equipos, entre otros, sin obtener un pago oportuno y en muchos casos este pago ni siquiera se realiza, pues los prestadores de servicios de salud una vez presentan las facturas a los aseguradores, por algún motivo no son aceptadas, sino que son sometidas a procesos de conciliación que en la mayoría de oportunidades se quedan reducidas a cartera morosa, lo que genera pérdidas para los hospitales.

De acuerdo a la información suministrada por el Ministerio de la Protección Social y Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS, el Sistema General de Seguridad Social en Salud ha generado un aumento en el gasto público que pasó de: 3.5 por ciento del PIB en 1993 a 5.5 por ciento del PIB en 1999 y se estima que actualmente asciende al 8 por ciento del PIB, permitiendo, que en el período comprendido entre 1994 y 2002, un incremento mayor del 100 por ciento en los ingresos de los hospitales públicos⁴².

Además si añadimos el proceso de descentralización que vienen viviendo los hospitales, que casi en un 90 por ciento se han venido transformando en Empresas Sociales del Estado, por lo mismo se ha generado un aumento de sus recursos financieros y un aumento en su capacidad operativa, de acuerdo a resultados arrojados por el DANE, los hospitales de primer nivel incrementaron sus recursos en 2,6 veces a precios constantes de 1997; así mismo los hospitales del nivel II incrementaron sus recursos en 1,9 veces y los de nivel III en 1,5 veces.

42 Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud-CNSSS

Según las cifras de los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2001 reportados por las ESE a la Contaduría General de la Nación, los hospitales públicos presentaban una cartera por concepto de prestación de servicios de salud de \$630.533 millones cifra que sobrepasa el medio billón de pesos, de los cuales, las (EPS-S)⁴³ adeudaban \$322.214 millones (51.1 por ciento), las Empresas Promotoras de Salud (EPS) \$164.019 millones (26 por ciento), las compañías aseguradoras \$12.595 millones (2 por ciento) y las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP) \$931 millones (0.2 por ciento)., así mismo las deudas que se encuentran como de dudoso recaudo que son aprovisionadas en los estados financieros por las ESE por concepto de servicios de salud ascendía a \$130.774 millones (20.7 por ciento). Analizando los resultados del proceso de conversión de los Hospitales Públicos en ESE, muestra lo débil de la implementación de estos procesos, ya que se da ausencia de condiciones institucionales para esa adaptación, pues se evidencia inequidad en la contratación de personal, ya que algunas empresas tienen el ochenta por ciento de personal directamente vinculado a la planta y otros a su vez están contratados por contratos de prestación de servicios, originando inequidades en los costos y por ende competencia desleal.

Las plantas de personal de los hospitales debido a su naturaleza pública se ven afectadas por el fenómeno del clientelismo, pues se encuentran funcionarios en todos los niveles, sin perfiles adecuados que garanticen eficiencia y eficacia en el desarrollo de las funciones, hecho que comparado con el sector privado refleja una seria desventaja para el sector publico en salud.

Desde el punto de vista de gestión, los hospitales se ven afectados por la carencia de apropiados sistemas de información, pues algunas ESE no cuentan con herramientas informáticas para funciones vitales que por el volumen ameritan la sistematización; de igual forma se han detectado instituciones que cuentan con varios sistemas de información independientes para diversas actividades, generando reprocesos y sobrecostos innecesarios.

43 Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas

El continuo déficit de las ESE ha originado una desventaja competitiva y rezago tecnológico frente al sector privado, por la inexistencia de recursos para inversión en equipo médico científico y mantenimiento de las edificaciones y equipos existentes. Paralelo al crecimiento de las de las EPS y EPS-S con los hospitales públicos, se ve un aumento notorio de los ingresos de las EPS privadas y algunas EPS-S.

Otro de los aspectos a analizar en la crisis de los hospitales públicos es el proceso de adquisición de insumos, desde la compra de insumos de mala calidad o en cantidades exageradas, eso sin mencionar la aceptación de regalos y pagos informales por selección de determinados contratos. Esto se debe a que el sistema no cuenta con un sistema que le permita tener la información clara de precios de los medicamentos y materiales quirúrgicos.

De acuerdo a un estudio realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, el Gobierno permitió una competencia⁴⁴ que se puede definir como desleal, ya que las IPS privadas negociaron servicios con tarifas por debajo del 15 por ciento de las fijadas para los hospitales públicos, solo hasta hace poco tiempo el gobierno les dio libertad a los hospitales públicos para negociar las tarifas, estos factores mencionados anteriormente, se suma a que la culpa de los problemas del sistema hospitalario también son el resultado de la mala gestión de los propios hospitales, gerentes y autoridades municipales.

IV. NUEVA LEY DE SALUD, LEY 1122 DE ENERO 9 DE 2007.

Dos temas principales motivaron al Gobierno a pensar en una nueva reforma de salud a la Ley 100 de 1993: el primero, la financiación hacia la ampliación de coberturas en el Régimen Subsidiado, aumentando la cotización, el segundo, la posición dominante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S), que reflejan un amplio control de las Instituciones Prestadores de Salud (IPS).

⁴⁴ Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia

Durante 13 años, fue de conocimiento de los colombianos el término de Ley 100 de 1993, para todo lo que tuviera que ver con el tema de salud, pero esta Ley se modificó el pasado 9 de enero de 2007, cuando el presidente Álvaro Uribe, sancionó la nueva Ley de salud, Ley 1122.

Con la Ley 1122 se espera lograr lo que no se consiguió o quedó pendiente por desarrollar con la anterior Ley: cobertura total en salud para la población menos favorecida en el 2010; esto quiere decir que todos habitantes logren acceso a la salud.

De acuerdo con la información suministrada por el DANE, un poco más de 34 millones de personas tienen acceso al sistema de seguridad social; unos 15 millones están afiliados a las EPS y los restantes 19 pertenecen al régimen subsidiado. Analizando lo anterior y teniendo en cuenta el total de la población, están por fuera alrededor de 9 millones de habitantes, quienes se espera que al 31 de diciembre de 2009 estén en uno de los dos sistemas, con lo cual se llegaría a la cobertura universal (DANE).

La reforma constitucional de 1991 le abrió paso a la Ley 100 de Seguridad Social que comenzó a operar en 1994; ahora, llega la ley 1122 que busca básicamente tres cosas:

- Mejorar la calidad y ampliar la oportunidad de los habitantes a acceder a los servicios de salud
- Generar nuevos recursos para lograr la cobertura universal, es decir que la totalidad de la población se encuentren dentro del sistema de salud obtengan los servicios básicos de salud.
- Ejercer mayores controles y vigilancia sobre los recursos que se destinan para la salud en el país.

4.1. COBERTURA UNIVERSAL Y FINANCIACIÓN

Uno de los puntos primordiales para reformar la Ley 100 de 1993, era lograr la cobertura total de la población, para lo cual en la ley 1122 se decidió incrementar los recursos destinados a financiar el aseguramiento de la población subsidiada; para este fin se incrementó la cotización, a cargo de los empleadores, de los afiliados al Régimen Contributivo en 0.5%; en el caso de los pensionados e independientes este aumento está a cargo exclusivamente de ellos disminuyéndole consecuentemente sus ingresos reales. Adicional al aumento de 0.5% de la cotización, también se genera una modificación en el porcentaje de los recursos del Sistema General de Participaciones (SGP) que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado (RS), lo que generará un incremento en el gasto territorial en la afiliación al Sistema.

Analizando las posibles consecuencias de estas modificaciones podemos definir que la cobertura es posible pero no se puede lograr una universalidad debido a:

- De acuerdo a los estudios del DANE se estima un grupo de la población entre 19 y 24 años, solteros o sin ninguna ocupación no tiene cobertura familiar en ninguno de los regímenes; este porcentaje de la población que se calcula aproximadamente en 2 millones de personas no tendrían cobertura.
- Al disminuir los recursos destinados al subsidio de la oferta y redestinarlos a la demanda (procedimientos que no están incluidos en el POS) generará que las ESE de mediana y alta complejidad entren en crisis, ya que los entes territoriales tendrán que destinar sus recursos a la afiliación al Régimen Subsidiado; esta decisión permitirá aumentar la cobertura en afiliación pero existirá menor disponibilidad de recursos que impedirá continuar con los planes de beneficios para las ESE.

4.2. TRASLADO DE EPS

Otra de las características principales de la nueva Ley de Seguridad Social es el cambio en los requisitos para que un afiliado a un EPS pueda trasladarse a otra; hasta el pasado 8 de enero existía un impedimento que no permitía a los cotizantes trasladarse de su EPS a otra que este eligiera sin cumplir el mínimo de tiempo de dos años; ahora, desde el pasado 9 de enero, cualquier afiliado de las 21 EPS que existen en el país, podrá pedir su traslado con solo un año de permanencia en la misma.

Por lo anterior se señala: "El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en esta" (Fuente: Artículo 25, Ley 1122).

Frente a lo que se venía dando anteriormente con la Ley 100, este cambio genera que el cotizante que se sienta afectado por los servicios de su EPS podrá pedir el traslado, comprobando el incumplimiento de la misma, sin tener en cuenta el tiempo que tenga como afiliado y esta medida en cierta forma induciría un mayor nivel de calidad en el servicio de salud.

4.3. INTEGRACIÓN VERTICAL

Otro objetivo fundamental de la nueva Ley, genera un tope a la contratación de servicios que hacen las EPS con sus propias IPS. Efectivamente, quedó determinado que a partir de la vigencia de la Ley, cada una de las EPS podrá contratar hasta un 30 por ciento en servicios para sus afiliados con las entidades que pertenezcan a su propia red; el restante 70 por ciento lo tienen que hacer con otras IPS.

La ley 1122 incluye un plazo de un año para que se adapten las EPS que hoy superan el 30 por ciento de contratación con su propia red.

Este punto es sin duda uno de los primordiales en la modificación de la Ley 100, ya que durante su funcionamiento se observó un crecimiento no controlado de EPS, con IPS de su propia red y su posicionamiento en el mercado de salud que se estaba convirtiendo en monopolio desenfocando la ideología de estas empresas; adicionalmente la Ley 1122 establece la obligatoriedad de las EPS de contratar 60% del gasto en salud con las ESE, esto favorece a estas entidades al asegurarles una mayor contratación pero va en contra de favorecer y estimular los procesos de calidad en la prestación de los servicios.

4.4. ATENCIÓN DE URGENCIAS

Otra medida de importancia general, se relaciona con la atención obligatoria de las urgencias para los usuarios en cualquier IPS, adicionalmente las entidades territoriales no podrán negar a las IPS el pago de estos servicios de salud. La entidad que incumpla esta disposición recibirá multas hasta de 2.000 salarios mínimos, y la reincidencia podrá contemplar la cancelación del permiso de funcionamiento.

Estas sanciones que determina el gobierno se aplicarán y la finalidad es acabar con el denominado “paseo de la muerte”; que es un fenómeno bastante marcado dentro de los resultados que nunca se dieron de la Ley 100, así se dará fin a las barreras que existen para tener acceso a los servicios de urgencia. También, la nueva ley garantiza el tratamiento médico y la agilidad de la atención para los pacientes con las llamadas enfermedades de alto costo, es decir, cáncer, VIH, renales y cardiovasculares.

4.5. COMISIONES DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES)

La Ley crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesoramiento y consultoría que lo hacen inoperante, ésta decisión concentra el poder en el ejecutivo al ser el Presidente de la República quien nombra a los comisionados y hace desaparecer la participación social e institucional; es positiva la creación de la figura del Defensor del Paciente, aunque no se comparte su sujeción de la Superintendencia Nacional de Salud; se espera dar solución a tantos problemas de calidad y cobertura en el servicio, de lo cual se espera sea funcional y se preste la atención y el manejo debido.

4.6. DEFENSORÍA DEL CLIENTE

Es conveniente la creación de esta figura para defender los intereses de los usuarios; sin embargo, su vínculo con la Superintendencia de Salud le quita la libertad necesaria para controvertir los fallos de esta institución.

La reorganización del sistema de investigación, vigilancia y control en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud favorecerá que se lleven a cabo estas funciones, siempre y cuando la entidad sea dirigida con visión técnica y busque el cumplimiento de tales funciones. No se define la descentralización de la entidad, factor que por la complejidad del SGSSS, y las diferencias regionales y geográficas se hace indispensable para lograr la oportunidad en la vigilancia y control.

Es incuestionable que el sistema Nacional de Seguridad Social en Salud necesita ajustes importantes que mejoren la calidad, la vigilancia; control estatal, que disminuyan la evasión del régimen contributivo para poder afrontar la corrupción que afecta al régimen subsidiado en muchas regiones del país. Pero según los diferentes estudios analizados, queda lejos de enfrentar los problemas que ya traía el sistema y adicionalmente genera desviaciones adicionales.

Con respecto a las EPS, uno de los puntos más comentados de la reforma es la de limitar la integración vertical, es decir la posibilidad que hasta hoy tenían las EPS de ofrecer ellas mismas los servicios de salud a sus afiliados, ya que la reforma busca separar a los compradores del servicio de los agentes que efectivamente lo prestan; generalmente los argumentos son claros: una mayor concentración del mercado en manos de las EPS creaba el peligro de posiciones dominantes y un excesivo aumento del poder de negociación frente a los demás proveedores

Promover mayores y mejores competencias con respecto a la oferta de servicios, no necesariamente refleja mayores y mejores avances en los resultados del sistema; esto porque separar al comprador del prestador del servicio requiere la constitución de contratos y esto por ende genera algunos costos adicionales; no obstante, esto es mínimo si se relaciona con las potenciales ventajas que trae la limitación del poder dominante de las EPS.

Con respecto a la información financiera, existen obstáculos de información que se han tratado de subsanar por ejemplo con el Plan Único de cuentas a partir de 2005; pero no es suficiente para mejorar el acceso a esta información; la información financiera no es el único obstáculo, también existen vacíos en la información donde se indique las necesidades que tiene la población en cuanto el servicio que recibe en salud.

Ahora de acuerdo a la información suministrada por el DANE, los ingresos del Fosyga, el año pasado fueron del orden de 7 billones de pesos, equivalentes a 2 puntos del PIB; la mayor proporción es canalizada a través de la diferentes EPS, de ahí que se genera la necesidad de aumentar recursos para lograr las metas de cobertura; el sistema plantea algunas opciones para lograr la cobertura universal:

- Reducción de los beneficios del POS de manera que los recursos se redistribuyan para lograr cubrir más afiliados pero ofreciendo un menor rango de servicios; esto iría en contra de la finalidad de mejorar la calidad

en el servicio de salud; adicionalmente esto traería mas complicaciones jurídicas por negar beneficios con los que ya cuenta la población.

- Otra opción es la de aumentar los recursos que provienen de los contribuyentes; esto quiere decir un aumento de la tarifa que se paga por salud tanto del empleador como del empleado; esta decisión afectaría el sector laboral, ya que limitaría el ingreso de más personas al mercado laboral y generaría un aumento en el empleo informal y disminución en el control de la evasión y elusión de las contribuciones.

Finalmente el crecimiento de los diferentes sectores de la economía serán definitivos para mejorar la financiación del sector del salud en Colombia a través del crecimiento del régimen contributivo, de ahí que se plantea también en esta reforma adquirir recursos vía impuestos.

Proponer destinar mayores recursos al sistema sin establecer un fortalecimiento de los mecanismos de vigilancia por parte del gobierno y de planeación de las actividades en las IPS y EPS no garantiza obtener los resultados esperados.

De acuerdo a los resultados arrojados por el DANE, el Gobierno gastará 278.000 millones de pesos para adelantar los procesos de reestructuración de 80 hospitales y centros asistenciales públicos entre el 2006 y el 2007; 179 hospitales públicos de primero, segundo y tercer nivel de complejidad han sido reestructurados en 24 departamentos, 124 fueron ajustados entre el 2002 y el 2005, con gastos de \$587.000 millones.

De acuerdo a lo observado anteriormente y analizando el panorama de la situación de la salud en el País, es claro que para obtener los resultados que se plantean en la Ley 1122, debe haber un fortalecimiento de los sistemas de información y estableciéndose parámetros claros para que esta información sea utilizada en la toma de decisiones, bien sea en las IPS, en las EPS o en los entes encargados de la regulación y la vigilancia. La información y la regulación eficiente se complementan para lograr obtener los objetivos trazados por el sistema de salud, tanto en términos de mejorar la calidad en el servicio que se presta a la

sociedad, como permitir una solvencia financiera; además, si se restringe la integración, los sistemas de contratación necesitan urgentes mejoras, no solo para impedir un inminente incremento en los costos del sistema, sino para alcanzar un impacto real en la salud de los afiliados.

No obstante, la nueva ley no ofrece ninguna solución al problema de fondo del sistema de salud, detectado por muchos actores del sistema: la baja calidad en la prestación del servicio y los medicamentos, por la decisión de las EPS y EPS-S de obtener una alta ganancia, en la medida en que deciden gastar en los servicios a su cargo el menor porcentaje posible. La cifra que se expone permanentemente en el Congreso de la República de que estos intermediarios se quedan con el 38% del total de lo que les ingresa por las UPC, no se soluciona en nada con la ley.

No obstante, nuevamente el tiempo se encargará de determinar la procedencia o no de la nueva ley.

5. CONCLUSIONES

1. Aún después de tantos años de aprobada la ley 100, en el sistema se reflejó claramente la necesidad de mejorar los estándares de calidad, ya que se pudo comprobar que la atención a los usuarios no es oportuna y es de mala calidad, como lo revelan los informes estadísticos realizados por entidades como el DANE y Planeación Nacional, donde se muestran a lo largo del estudio muchas falencias en este tema, además en temas como atención en los centros hospitalarios y en los tratamientos de enfermedades de alto costo y en la burocracia y negocio en el que se ha convertido la salud en el país.
2. Es de aclarar que gracias al esfuerzo de los gobiernos, los recursos para el acceso a servicios de salud han aumentado en los últimos años; este aumento se ve reflejado poco en el aumento de la cobertura de la población colombiana y bastante en la creación de muchas EPS; esta cobertura se da en la población solamente de manera centralizada principalmente en las ciudades principales, lo que claramente va en contra del principio de universalidad que se da como derecho fundamental; por otro lado los recursos no están siendo aprovechados adecuadamente para estimular la demanda del servicio de salud, sino que por el contrario se están concentrando en las EPS y no se destinan en su mayor parte a las IPS, lo que ha traído como consecuencia la inminente quiebra de muchas de estas últimas empresas, seguida de la privatización de la mayoría de hospitales que conforman la red pública.
3. La reforma contemplada en la ley 1122 no revisa en absoluto la modalidad en que se basa el sistema: la del aseguramiento, que según los entendidos en la materia es lo que está originando fundamentalmente los problemas de baja cobertura y mala calidad en los servicios de salud y medicamentos.

4. El acceso a servicios de salud mediante el mecanismo de aseguramiento no se encuentra garantizado para toda la población colombiana; discrimina a la población que no dispone de los recursos necesarios para acceder a ella por razones socioeconómicas, geográficas, o de sexo.
5. Otro factor esencial para la falta de acceso a la salud es la preocupante situación del mercado laboral; muchos habitantes no puedan acceder a los servicios de salud ofrecidos por las EPS a causa del desempleo que no permite la vinculación de nuevos afiliados. La situación de esta parte de la población se agrava por el hecho de que el Estado no los tiene inscritos, debido a la desorganización en la información y en la corrupción de los gobernantes territoriales en el régimen subsidiado.
6. La reforma no garantiza de forma clara la remuneración a los profesionales de la salud, de ahí que se seguirá viendo el fenómeno de que estos tengan que aumentar el número de pacientes atendidos, para lograr un aumento en sus ingresos, pero esto representará siempre una reducción considerable en la calidad de atención a los afiliados al sistema.
7. Para mejorar las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud el Estado debe intervenir el mercado en servicios sociales, como ente director y orientador, para evitar el desvío del gasto público en salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Política de Colombia (1991): “Sistema de Seguridad Social Integral Ley 100 de 1993”.
- Garay, Salamanca Luís Jorge (2002): “Colombia entre la Exclusión y el Desarrollo”. Bogotá.
- Franco A. Seguridad Social (1995): “Salud Pública y ley 100 de 1993.” Revista Facultad Nacional de Salud Pública.
- Jaramillo, Pérez I. (1994): “El futuro de la salud en Colombia”. Bogotá, FESCOL.
- Primer Congreso Nacional por la Salud, (Octubre 3 de 2001) Universidad Nacional, Bogotá.
- Londoño, JL. Beltrán LU; Redondo H, Granados M. (Octubre de 1999) “Crisis en Salud”. Centro de Gestión Hospitalaria.
- Manfred, Max-Neef (1997): “Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el Futuro”. Proyecto 20 Editores.
- Martínez, M. Félix (2000): “Cobertura Universal de la Seguridad en Salud” Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social, FEDESALUD.
- Ministerio de Salud (1994): “La Reforma a la Seguridad Social en Salud”.
- Superintendencia Nacional de Salud (1995): “Estudio sobre las Cajas de Previsión en Colombia”.
- Gerald, M. Meier; Stiglitz, E. Joseph (2002): “Fronteras de la Economía del Desarrollo” Alfa Omega Grupo Editor S.A., Colombia.
- www.minproteccion.gov.co
- www.dnp.gov.co
- www.dane.gov.co
- Departamento Nacional de Planeación-DNP
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas-DANE
- Reforma en Salud 1122 del 9 de enero de 2007