

Proyecto de Ley N. 54
“Por medio del cual se modifican algunos artículos de la Ley 100 de 1993”
El Congreso de Colombia en uso de sus facultades Legales y Constitucionales,
DECRETA

Artículo 1. El inciso tercero del artículo 152 de la Ley 100 de 1993 quedará así: “La organización y demás materias relacionadas con la salubridad pública en los aspectos no cobijados por la presente ley se regirán por otras disposiciones legales vigentes específicas. La financiación y distribución de competencias en departamentos, distritos y municipios se regirán por las leyes orgánicas que definen los recursos y competencias de los entes territoriales de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política. Los asuntos relacionados con la formación de los recursos humanos se regirán por la Ley 30 de 1992 y las demás normas de carácter legal que regulan la organización y el funcionamiento de las entidades de educación superior.”

Artículo 2. El literal n. Del artículo 156 de la Ley 100 quedará así:

“Las entidades territoriales, con cargo a los fondos departamentales y municipales de salud, concurrirán, de conformidad con las leyes 60 de 1993 y 715 de 2002, con las demás disposiciones legales que regulen el régimen financiero territorial, y con las disposiciones de la presente ley a la financiación del régimen subsidiado y de las acciones de salud pública y atención básica de su competencia.”

Artículo 3. El artículo 157 de la Ley 100 de 1993 quedará así: “A partir de la sanción de la presente ley, todo colombiano recibirá servicios de salud, unos a título de asegurados al régimen contributivo o subsidiado y el resto como no vinculados, en transición. Esta última categoría desaparecerá en cinco años pues en ese momento todos los colombianos deberán estar afiliados a uno de los dos regímenes de que habla el presente artículo.

Artículo 4. El numeral segundo del artículo 157 quedará así:

“Los afiliados al régimen subsidiado son las personas clasificadas como pobres por no tener capacidad para cubrir el monto de la cotización al régimen contributivo. Mediante un sistema de clasificación desarrollado por el Ministerio de Protección Social se determinará para todas las unidades familiares del país su categoría con el fin de determinar que capacidad tienen para afiliarse al régimen contributivo o si deberán ser subsidiadas total o parcialmente. En la definición de los pobres tendrán prelación las familias cuya cabeza es una mujer, los desplazados por la violencia, los indígenas y los mayores de 60 años sin capacidad de pago.”

Artículo 5. El artículo 165 de la Ley 100 de 1993 quedará así: “El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud de que habla el artículo 171 de la presente ley definirá el contenido y alcance del Plan de Atención Básica que deberá ofrecerse a todos los colombianos afiliados o no a los regímenes establecidos en la presente ley. Este deberá incluir las intervenciones colectivas e individuales de salud pública tanto como la atención primaria inicial y las acciones de prevención general y específica, detección precoz de patología, control de enfermedades transmisibles, promoción de la salud.

Artículo 6. El párrafo 1 del artículo 171 quedará así: “El Ministerio de Protección Social organizará una Secretaria Técnica que funcionará con cargo al presupuesto de la Nación y que servirá de apoyo técnico en el campo de la seguridad social y la atención a la salud al Ministerio de Protección Social y al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y adelantará los estudios técnicos, evaluaciones e investigaciones que se requieran.”

Artículo 7. El numeral 10 del artículo 172 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

“Aprobar y ajustar anualmente los manuales nacionales de tarifas que regirán la contratación entre entidades aseguradoras y prestadoras, los cuales incluirán las tarifas mínimas para los servicios personales de los profesionales de la salud, las cuales de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno deberán ser acordadas anualmente por consenso entre

empleadores, representantes de los profesionales y gobierno o adoptadas por el Ministerio de Protección Social si no se llega a un acuerdo”

Artículo 8. El literal quinto del artículo 174 quedará así:

“Las secretarías departamentales, distritales y municipales de salud contribuirán a organizar redes de entidades públicas ubicadas en diferentes puntos de un área territorial y de diferentes niveles de complejidad para ofrecer sus servicios a las entidades aseguradoras. Estas secretarías comprobarán que en el régimen subsidiado se respete el porcentaje mínimo del 60 por ciento de la contratación en el municipio para la red pública del municipio o área geográfica”.

Artículo 9. El artículo 177 se adicionará con un párrafo único que disponga lo siguiente:

“No se permitirá a partir de la vigencia de la presente ley a las Entidades Promotoras de Salud la creación o adquisición de Instituciones Prestadoras de Salud, excepto en el primer nivel de complejidad en donde podrán organizar su red propia con el fin de garantizar un modelo de atención primaria efectivo. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud determinará que actividades y prestaciones hacen parte del nivel primario.”

Artículo 10. Adiciónese el artículo 182 de la Ley 100 de 1993 con un nuevo párrafo que quedará así:

Parágrafo 2. “Hacen parte de los ingresos de las entidades Promotoras de Salud las cuotas moderadoras y copagos establecidos en la presente ley.”

Artículo 11. Adiciónese el texto del artículo 185 de la ley 100 de 1993 con un inciso inicial que diga lo siguiente:

“ Se define como Institución Prestadora de Salud aquella entidad con personería jurídica propia, habilitada por la respectiva secretaria de salud para prestar un número mínimo de intervenciones, las cuales serán definidas por el Consejo Nacional de Seguridad y que incluirán la prestación de un determinado portafolio de servicios del Plan Obligatorio de Salud en la medida de su capacidad, instalaciones, equipo y personal requerido para operar con calidad y eficiencia, articulación a una red completa y sistemas de información adecuados para su desempeño. En aquellas localidades en que no funcione ninguna Institución Prestadora de Salud podrán operar como tales profesionales individuales.”

Artículo 12. Modificase el artículo 186 de la Ley 100 de 1993 en los siguientes términos:

Nuevo título del artículo: “Del sistema de habilitación, acreditación y garantía de calidad de las Instituciones Prestadoras de Salud.”

Texto del artículo:

“ El Ministerio de Protección Social diseñará e implantará un sistema de garantía de la calidad de los servicios que cubrirá a las entidades de aseguramiento y de prestación de servicios, tendrá en cuenta el uso de estándares nacionales, protocolos clínicos de consenso y metodologías para la auditoría clínica.

Artículo 13. El artículo 213 de la Ley 100 de 1993 se adicionará con un nuevo párrafo que quedará así:

“Parágrafo 2. Las personas que de acuerdo con los estudios de clasificación que adelante el gobierno tengan capacidad parcial para cotizar recibirán un subsidio parcial de acuerdo a su capacidad de pago y serán sujetos de aquellos copagos y cuotas moderadoras determinados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”.

Artículo 14. El artículo 219 de la Ley 100 de 1993 se modificará en los siguientes términos:

Estructura del Fondo. El Fondo tendrá las siguientes subcuentas independientes:

- a. De compensación interna del régimen contributivo
- b. De solidaridad entre los regímenes contributivo y subsidiado
- c. De enfermedades de alto costo
- d. De promoción de la salud y prevención de las enfermedades
- e. De seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Parágrafo. El Fondo abrirá y administrará cuentas individuales para cada entidad distrital o municipal y destinará con cargo a ellas los recursos para el régimen subsidiado y para las actividades de salud pública en cada municipio, de acuerdo a la reglamentación que para el efecto expida el gobierno.

Artículo 15. El artículo 220 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

Título del artículo: “Financiación de las subcuentas de compensación y de enfermedades de alto costo.”

El texto del artículo se modifica en los siguientes términos:

“Los recursos que financian la compensación en el régimen contributivo provienen de la diferencia entre los ingresos por cotización de los afiliados a cada Empresa Promotora de Salud y el valor de sus respectivas Unidades de Pago por Capitalización- UPC- que serán reconocidos por el sistema a cada entidad. Las entidades cuyos ingresos por cotización sean mayores que las Unidades de Pago por Capitalización reconocidas trasladarán estos recursos a la subcuenta de compensación para financiar a las entidades en las que aquellos sean menores que las últimas. El Consejo Nacional de Seguridad

Social en Salud determinará anualmente, de acuerdo con las condiciones epidemiológicas, los costos y la patología definida como de alto costo, un porcentaje de la cotización que deberá ser trasladado a la subcuenta de Enfermedades de Alto Costo y la forma como de esta subcuenta se pagará la atención de los individuos afectados a las Entidades Promotoras de Salud.”

Artículo 16. El literal p. del artículo 156 de la Ley 100 de 1993 se modificará en los siguientes términos:

Literal p. "La Nación y las entidades territoriales garantizarán el acceso a servicios de salud básicos a la población no afiliada a los dos regímenes creados en la presente ley mediante pago por facturación a las entidades de prestación que atiendan a éstos individuos. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud definirá el paquete básico de servicios y el gobierno determinará los esquemas de financiación. Los recursos empleados en la atención de esta categoría de pacientes que no se empleen en cada período fiscal serán aplicados a la financiación del régimen subsidiado en la siguiente anualidad."

Artículo 17. El artículo 225 de la Ley de 1993 se adicionará con un inciso inicial en los siguientes términos:

"Crease un sistema único de afiliación, inscripción y recaudo de la Seguridad Social en salud tanto para el régimen contributivo como subsidiado, el cual tendrá un registro único de portantes y será administrado por el Fosyga. Para la gestión efectiva y confiable de estos procesos el Ministerio de Protección Social desarrollará un sistema de información integral para toda la seguridad social que permita unificar y aportar datos e información sobre afiliación, inscripción, carnetización, recaudo, compensación, reconocimiento de derechos, pagos de licencias, entrega de prestaciones, pagos y reconocimientos entre entidades que hacen parte del sistema el cual debe suministrar toda la información que el gobierno defina como obligatoria. La Superintendencia exigirá en forma periódica, de acuerdo con la reglamentación que se expida, la publicación de la información que estime necesaria de cada entidad, garantizando con ellos la competencia, la transparencia y la calidad necesarias. Cada afiliado inscrito tendrá una tarjeta inteligente de afiliación en la que se incluirá la información básica. A las personas no afiliadas se les entregará una tarjeta provisional que les permitirá acceder a los servicios básicos de que habla el artículo 157 de la presente ley."

Artículo 18. El artículo 226 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

"La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud podrá hacerse de forma independiente a la afiliación al régimen general de pensiones pero podrán utilizar un sistema de información único compartido. La Superintendencia Nacional de Salud podrá solicitar a las entidades rectoras o de vigilancia del régimen general de pensiones, a la Administración de Impuestos Nacionales, a las entidades recaudadoras de orden territorial o a otras entidades que reciban contribuciones sobre la nómina la información necesaria para detectar evasión o elusión de aportes."

Artículo 19. El numeral 7 del artículo 216 de la Ley 100 de 1993 quedará así:

"Solo Empresas Promotoras de Salud autorizadas podrán asegurar a personas en el régimen subsidiado, en todo el territorio de la Nación, de acuerdo al reglamento que para el efecto expida el Gobierno. Estas recibirán del Fosyga los fondos correspondientes a la Unidad de Pago por Capitación dependiendo del número y tipo de afiliados".

Numeral nuevo 8.

" El Fosyga creará una cuenta para cada entidad territorial a la cual ingresaran los recursos provenientes de la cuenta de solidaridad de que habla el artículo 219 de la presente ley, los recursos provenientes de los fondos territoriales de salud que según la ley 715 de 2002 correspondan al financiamiento del régimen subsidiado para cada municipio, los recursos que para dicho régimen

dispongan los presupuestos Nacional, departamentales, distritales y municipales y los demás ingresos que hubiesen sido fijados por las normas legales.

Artículo 20. Parágrafo nuevo del artículo 216. El parágrafo 3 del artículo 216 quedará en los siguientes términos: "Las actuales Administradoras del Régimen Subsidiado podrán transformarse en Empresas Promotoras de Salud. Si reúnen los requisitos que reglamente el gobierno para la operación del aseguramiento en el régimen subsidiado podrán continuar asegurando a la población beneficiaria. En caso contrario se liquidarán de acuerdo a la reglamentación que expida en Ministerio de Protección Social.

Exposición de motivos al Proyecto de Ley N._____” Por el cual se modifican algunos artículos de la Ley 100 de 1993”.

Honorables Senadores:

La Ley 100 de 1993 cumple una década de aplicación y se ha convertido en una de las normas más trascendentales de los últimos tiempos pues transformo la seguridad social en los campos de pensiones , salud y riesgos laborales. Como toda disposición legal que toca tantos puntos neurálgicos de la vida nacional, sus efectos han causado beneficios y algunos perjuicios que es necesario estimar en sus dimensiones reales. El período transcurrido permite evaluar los aspectos positivos y detectar las fallas, muchas de las cuales no deberían imputarse a la norma sino a los reglamentos de la misma o a decisiones de quienes han tenido en sus manos la aplicación.

Se afirma sin demostrar pruebas que la salud pública se ha deteriorado a causa de la Ley 100, o que el ingreso de los profesionales ha caído olvidando que gracias al sistema creado se ha podido dar empleo a miles de profesionales y personal auxiliar. Otros arguyen que la calidad de la atención es deficiente sin demostrar con hechos sus afirmaciones o que la intermediación es de por si nociva y contribuye a elevar los costos. También se imputa a la Ley 100 la corrupción que se ha generado en algunas entidades del sector y particularmente la que ha ocurrido en los municipios, olvidándose que fue la Ley 60 de 1993 y la misma Constitución Política las normas que descentralizaron el manejo de importantes recursos en manos de las autoridades locales.

No todo ha sido bueno y existen fallas que inclusive se anunciaron hace mucho tiempo. A continuación enumero algunos problemas tratando de juzgar objetivamente a la norma. Es evidente que se incumplieron las metas de aseguramiento pues a pesar del esfuerzo apenas se ha logrado vincular al 55% a los dos regímenes, en parte porque el POS fue muy alto y solo pudo ser financiado para unos 10 a 12 millones de personas, en parte porque los recursos fueron insuficientes y el gobierno decidió no continuar aportando del presupuesto nacional la suma equivalente a los recursos generados por el punto de solidaridad (Artículo 221 c.) y en otra parte a causa de los dineros que jamas llegaron a su destino por haber sido desviados.

Tal como algunos anunciaron desde los debates de la Ley 100 la red hospitalaria pública se ha deteriorado pues no estaba en capacidad de competir, por sus altísimos costos prestacionales, por la ineficiencia histórica y la cultura de baja productividad y porque no se han tomado oportunamente medidas que obliguen a los aseguradores a pagar oportunamente sus obligaciones con los hospitales. No debe pasar por alto que también son muchas las IPS privadas que han debido liquidarse por no poder competir en un sistema abierto y difícil, donde cada actuar busca limitar sus gastos y maximizar sus rendimientos.

Si bien no es claro que la calidad se haya deteriorado después de la Ley 100 si es evidente que en el país no se ha aplicado una política drástica para garantizar la calidad y que ello debe ser corregido. Las largas listas de espera, la denegación de servicios a muchos afiliados, el trato inhumano, la falta de información, la imposibilidad real de la libre escogencia son algunos de los ejemplos de calidad inadecuada que muestra el sistema.

La falta de controles para la vigilancia de las instituciones, la mínima auditoria interna y externa y la pobre supervisión de los procesos por parte de los entes de control constituyen un problema que no

se puede imputar a la norma pero que debe ser corregido. Obligar al gobierno a agilizar la puesta en marcha de un sistema de información integral que cubra a toda la seguridad social en sus principales procesos es algo impostergable que se debió hacer desde el comienzo.

Muchos de los agentes intermediarios han actuado adecuadamente cumpliendo sus funciones; en cambio, otros se han constituido en una traba para el flujo de decisiones y recursos y en factor de corrupción, como sucede con muchas administraciones locales que ante la abundancia de recursos resolvieron desviar estos contrariando el espíritu de las leyes.

Una debilidad del sistema es la falta de un marco de referencia sobre tarifas como si existiera un mercado perfecto y altamente competido. Preocupa en especial los bajos pagos a los médicos y otros profesionales por parte de algunas aseguradoras y la falta de estímulos académicos y científicos para mantener al día los conocimientos de la ciencia. En este punto se debe actuar con cautela y prudencia pues tarifas demasiado elevadas, por encima de los costos reales, causarían enorme perjuicio al sistema.

La integración vertical, es decir la posibilidad de que las aseguradoras establezcan su propia red de prestación en todos los niveles de complejidad no es saludable pues se pierde transparencia y se permite crear cuasi monopolios, que dejan a los profesionales y a los hospitales sin capacidad de negociación. Esta integración vertical debe revisarse en el futuro, excepción hecha del primer nivel, de atención inmediata y general en donde si parece conveniente que cada EPS tenga su propia red de servicio.

Nuestro proyecto no constituye una nueva ley de seguridad social en salud pues se limita a proponer algunos ajustes puntuales a la Ley 100 sin alterar siquiera la numeración del articulado. Esos ajustes buscan corregir el rumbo de algunas políticas y solos no servirían para remediar las fallas. Se necesita por encima de todo un gran liderazgo por parte del Ministerio de Protección Social y del CNSSS.

El proyecto a lo largo de 20 artículos muy concretos y sencillos busca actuar sobre los siguientes temas por considerarlos críticos y urgentes:

- a. Aumento de los esfuerzos financieros en el régimen subsidiado y disminución del régimen actual de vinculados (Subsidio a la oferta)
- b. Obligatoriedad de tener manuales de tarifas, que incluyan la contratación de los servicios personales.
- c. Agilización del pago de Fosyga a EPS y de estas a IPS en el régimen subsidiado.
- d. Aclaración del alcance del PAB
- e. Obligatoriedad de sistema unificado de afiliación y recaudo y de desarrollar un sistema integral de información para la seguridad social
- f. Fortalecimiento de la atención primaria mediante el plan básico.
- g. Mayor atención al financiamiento de las enfermedades de alto costo y justicia entre aseguradoras.
- h. Refuerzo a medidas de garantía de la calidad
- i. Prohibición de la integración vertical en los niveles medios y altos de complejidad hacia futuro.

A continuación comentamos cada artículo en cuanto su propósito y alcance.

Explicación al artículo 1: con frecuencia se dice que la Ley 100 ha sido la principal causa del deterioro de las acciones de salud pública y que por ello han reaparecido patologías que prácticamente habían desaparecido del mapa epidemiológico nacional como la malaria, el dengue y la fiebre amarilla. En realidad fue la Ley 100 de 1990 la que descentralizó muchos de los programas verticales que tradicionalmente habían estado bajo la dirección del Ministerio de Salud como por ejemplo los de lucha contra el paludismo y otros. Por otra parte es verdad que los diferentes gobiernos descuidaron las políticas y planes de salud pública por dedicar casi toda la atención al desarrollo de la reforma establecida en la Ley 100, pero ello no es imputable a la norma legal sino a una equivocación de política social. Tal como se dice explícitamente en el artículo 152 de la Ley 100 de 1993 esta norma no se ocupa de disposiciones sobre salubridad pública, ni sobre los recursos humanos para la salud, ni es la norma principal para la regulación de los gastos territoriales en salud, ni tiene relación con la organización del Ministerio de Salud y las secretarías seccionales o municipales. Para eso se dispone de una serie de mandatos legales diferentes pero desde luego en relación armónica con las disposiciones sobre el sistema de aseguramiento y prestación de la atención médica que es el campo propio de la Ley 100.

En este artículo propuesto se reitera y amplía lo dicho en la Ley 100 y se extiende al tema de la formación de recursos humanos pues existe la creencia entre algunos de que estos deben ser regulados por la ley de seguridad social en salud, lo cual no es conveniente. En el mismo sentido se reitera que la materia que regula la manera como han de financiarse los recursos territoriales destinados al régimen subsidiado y a la salud colectiva ha de ser objeto de una ley orgánica separada, tal como lo ordena la Ley 5 de 1995.

Queda claro que la Ley 100 de 1993 es una norma que crea y desarrolla el sistema de aseguramiento y entrega de servicios de salud y que solo tangencialmente se refiere a temas de salud pública y de recursos humanos. Sería interesante que el Congreso actualizara la legislación sobre salud pública contenida en la Ley 9 de 1979 y en otras normas complementarias, ya desactualizadas.

Explicación del artículo 2: se incluye este artículo con el objeto de actualizar el texto de la Ley 100 al incluir como referencia a esta materia la Ley orgánica 715 de 2002, posterior, que modificó parcialmente a la Ley 60 de 1993. En mi opinión el Congreso debe dar trámite separado a los proyectos de ley 241 –2004, presentado por el Ministro de Protección Social y el proyecto de ley 138 de 2004 presentado por los Congresistas Omar Yepes y Juan Martín Hoyos, que se refieren al sistema general de participaciones.

Explicación del artículo 3: se pretende con este artículo aplicar el concepto de protección universal, es decir para todos los colombianos, asegurados a los dos regímenes o no vinculados a ellos. En la segunda parte el artículo busca poner término a la existencia de la categoría definida erróneamente como vinculados, denominándolos no vinculados, la cual desaparecerá en el lapso de un lustro, pues en ese momento todos los colombianos deberán pertenecer a uno de los dos regímenes de aseguramiento.

Explicación del artículo 4: se propone que el Ministerio de Protección Social desarrolle un instrumento para clasificar a todos los hogares de acuerdo con su capacidad económica para pagar

su contribución o para recibir subsidio total, en el caso de los más pobres o parcial de quienes pueden contribuir en alguna forma con el aporte. De otro lado se focaliza a los grupos de mayor riesgo para darles prioridad como beneficiarios de los subsidios.

El Sisben ha prestado un servicio pero ha sido cuestionado técnicamente por no ser efectivo en la clasificación de los más pobres y por que se ha empleado con criterio clientelista por parte de muchos alcaldes y políticos locales. Después de una década debe ser revisado es Sisben, además porque las condiciones socioeconómicas han cambiado considerablemente en el país.

Explicación del artículo 5: pretende este artículo darle importancia a la atención básica contenida en el artículo 165 de la Ley 100. Hasta ahora se ha entendido el PAB como un programa remedial destinado a llenar el vacío que pueda dejar el POS en las intervenciones básicas. El PAB tiene mucha importancia, particularmente en algunas regiones rurales apartadas en las cuales no es posible garantizar los servicios que demanda el POS. Como es el CNSSS el que define anualmente el contenido del POS a este debe corresponder la definición de los elementos constitutivos del PAB.

Explicación al artículo 6: en realidad la Ley 100 creo el cargo de director general de la seguridad social y lo fusiono con el de secretario técnico del CNSSS. En este artículo se propone la creación de un ente técnico que es la Secretaria, encargada de dirigir la investigación, evaluación y estudios requeridos para la marcha adecuada del sistema y se establece que esta unidad debe ser financiada con recursos del presupuesto nacional. Esto resulta mucho mejor que dejar su financiamiento a cargo de las cotizaciones y convertir a este organismo técnico en un brazo del Consejo y no del Ministerio, además con la capacidad de contratar autónomamente estudios, lo cual lo convertiría en vena rota.

Explicación del artículo 7: se aclara la función del CNSSS en el sentido de que los manuales de tarifas que se autorizan en el numeral 10 del artículo 172 no son exclusivamente para la atención de urgencias, accidentes de tránsito y riesgos catastróficos sino que deben abarcar todos los campos de contratación relacionados con los anteriores y con el POS contributivo y subsidiado. Además se hacen explícitas las tarifas mínimas para servicios profesionales de médicos y otros profesionales de la salud.

Se busca con este artículo que el CNSSS defina el manual de contratación y fije las tarifas correspondientes a las actividades o grupos patológicos contemplados en los POS. Hasta ahora el Consejo no ha tenido esa función pues se restringió a las tarifas para accidentes de tránsito, catástrofes naturales y el inicio de las urgencias, por lo cual se utilizan el Manual Tarifario del ISS o el del SOAT, bastante desactualizados.

Por otro lado se ordena fijar unas tarifas mínimas para los profesionales de la salud, las cuales deben obedecer a un consenso entre empleadores, profesionales y gobierno, similar al que se emplea en la definición del salario mínimo.

Explicación del artículo 8: se propone que las secretarías territoriales cumplan la función de organizar y articular redes de prestadores públicos de servicios, lo cual constituye una forma de fortalecer a las Entidades Públicas en los diferentes niveles de contratación. Por otro lado se propone que la contratación entre aseguradores y prestadores en el régimen subsidiado sea por lo

menos del 60 por ciento del valor de la contratación total del respectivo municipio, con el fin de estimular a las entidades públicas.

Explicación del artículo 9: se busca con el articulado del artículo evitar la integración vertical, excepto en los casos de aseguradoras que ya han construido sus propias IPS. Desde la discusión de la Ley 100 se considero que no era conveniente que las EPS tuviesen su propia red de hospitales pues se disminuyen los controles y balances que debe tener el sistema para ser mas transparente. Sin embargo, la experiencia mundial muestra que es conveniente que las aseguradoras posean y manejen la red de atención del primer nivel con el fin de garantizar una atención inicial efectiva, de evitar remisiones innecesarias a otros niveles y de ofrecer integralidad en la atención al núcleo familiar.

Explicación al artículo 10: en la Ley 100 se omitió mencionar las cuotas moderadoras y los copagos como parte de los ingresos de las entidades aseguradoras por lo cual se mencionan en este artículo.

Explicación al artículo 11: la Ley 100 dio una definición muy amplia a las IPS hasta el punto de que un consultorio médico o un laboratorio clínico se consideran una institución prestadora. Con el texto actual se busca diferenciar las IPS institucionales que deben reunir una serie de condiciones y estar sujetas a la vigilancia de la Superintendencia de Salud a los consultorios o laboratorios independientes que pueden ser personas naturales. Se plantea además la exigencia de que todas las IPS sean habilitadas por el gobierno para poder contratar y ofrecer servicios y que deben actuar en red, a menos de tener capacidad propia para ofrecer servicios integrales.

Explicación del artículo 12: uno de los objetos principales de la Ley 100 es el de garantizar la calidad en los servicios prestados. Varias entidades, entre ellas la Academia Nacional de Medicina se han quejado de las fallas de calidad del sistema, lo cual deberá ser evaluado en su momento. Con el fin de garantizar la calidad de la atención en todos los niveles, se propone crear un sistema que incluye la habilitación y la acreditación de las entidades de aseguramiento y de prestación y el uso de una serie de instrumentos técnicos de evaluación y control a la calidad de los servicios, como son las conferencias clínico-patológicas, la revisión por pares y el uso de protocolos clínicos ampliamente consensuados y basados en evidencias clínicas que sirvan de guía a la práctica médica.

Explicación del artículo 13: aunque existe la posibilidad de adoptar los subsidios parciales en este texto se hace mas explicita esa opción, que beneficiaria a una amplia población de estratos medios bajos hoy excluidos por el Sisben y que solicitan servicios bajo la categoría de vinculados. Se ha estimado en el pasado que un sistema de subsidios escalonado según las necesidades pueden llegar a permitir la vinculación de unos diez millones de personas adicionales al régimen subsidiado con lo cual se facilitaría el logro de la cobertura de aseguramiento para la totalidad de la población.

Explicación del artículo 14: se pretende con este texto dos objetivos, de una parte incluir una nueva cuenta en el Fosyga destinada a financiar separadamente los gastos de las enfermedades que defina el CNSSS como de alto costo, caso en el cual el Fondo pagará a las EPS contra la facturación que estas presenten o de la manera como se determine. La patología de alto costo tiene dos problemas: de una parte constituye una parte considerable de la siniestralidad del sistema (entre el 10 y el 25% del valor del POS) con tendencia a incrementarse con el envejecimiento de la población y la transición epidemiológica y por otra no están distribuidas equitativamente dentro del conjunto de las aseguradoras ya que el ISS se quedo con el grueso de estos pacientes.

En la segunda parte de este artículo se obliga al Fosyga a abrir y a manejar una cuenta para cada entidad territorial que se alimentara de la subcuenta de solidaridad, de los recursos que produzca el Sistema General de Participaciones y los ingresos provenientes de las asignaciones presupuestales de los entes territoriales y otros recursos que eventualmente se destinen al pago de subsidios e intervenciones de salud pública en cada localidad. El objeto de la apertura de cuentas individuales es el de transferir directamente a las aseguradoras que tengan a su cargo la afiliación de la población subsidiada en cada municipio los fondos correspondientes a sus UPC para que estas paguen oportunamente a la red hospitalaria contratada. Este proceso de pagos es sencillo y se hace en tiempo real, además le permite al Fosyga y a la Súper tener un control efectivo, confiable y permanente de las operaciones financieras y actividades del régimen subsidiado hoy tan cuestionado.

Explicación del artículo 15: es una ampliación de la manera como ha de operar la subcuenta de enfermedades de alto costo incluida en el Fosyga. Corresponde al CNSSS definir el monto de esta subcuenta anualmente, pues su comportamiento es dinámico. Se estima que en menos de una década puede llegar a ser cerca del 30% de la UPC debido al aumento en la prevaencia e incidencia de esta patología y a los costos crecientes de la tecnología aplicada en su manejo clínico y quirúrgico. Corresponde al Consejo determinar como se pagará a las aseguradoras los servicios dados a la población afectada, pues puede ser por el sistema de pago por servicio causado, pago per capita o pagos prospectivos, entre otros.

Explicación del artículo 16: aun si se logra la denominada cobertura poblacional universal siempre se presentaran paquetes de poblaciones excluidas por las dificultades en llevar los servicios del aseguramiento a todos los rincones del territorio de la Nación. El Plan de Atención Básica seguirá siendo muy importante para algunas poblaciones de difícil acceso o para el período de transición hasta llegar al cubrimiento casi total. Como su financiamiento es con recursos públicos debe ser el gobierno el que defina los montos y los esquemas de transferencia de los recursos, mientras que la definición del contenido se deja al CNSSS por ser este el que define contenidos de los paquetes de beneficios de los POS.

Explicación al artículo 17: se ha insistido que muchas de las fallas, especialmente las relacionadas con los controles y la vigilancia de las entidades participantes del sistema obedecen a que no existe un sistema robusto, integral, en tiempo real, tipo cliente servidor, comunicado en todo el territorio que incluya todas las operaciones técnicas y financieras y proporcione estadísticas que faciliten la evaluación de progreso y detecte fallas del sistema. Por otra parte se ha argumentado que los procesos de afiliación, recaudo, carnetización, comprobación de derechos, etc. deben centralizarse como sucede en muchos países, lo cual permite crear criterios generales y controlar la evasión y las fallas en la información que proporcionan las aseguradoras y las prestadoras. Se propone en el texto el desarrollo de sistemas únicos respaldados por información integral que ayude a mejorar los procesos técnicos, administrativos, financieros y clínicos.

Explicación del artículo 18: este artículo modifica parcialmente el texto del 226 de la Ley 100 con el objeto de hacer hincapié en la necesidad de autorización a la Superintendencia de Salud para averiguar y cruzar información en otras dependencias relacionada con las cotizaciones de los afiliados. Se ha calculado que la evasión en el sistema puede llegar a los niveles del 30% lo cual significa un gran desangre para el mismo.

Explicación del artículo 19: el texto se propone excluir a las actuales ARS de la posibilidad de asegurar en el régimen subsidiado y de otra parte repite lo dicho antes sobre las cuentas individuales para cada entidad territorial que debe abrir y gestionar el Fosyga.

Explicación del artículo 20: permite este artículo que las actuales ARS que deseen hacerlo y que reúnan las condiciones exigidas para operar podrán continuar asegurando a la población en el régimen subsidiado. Debe admitirse que es injusto generalizar la crítica sobre las ARS pues muchas de ellas han funcionado efectivamente, con honestidad aun en condiciones financieras difíciles ya que su UPC es aproximadamente la mitad de la UPC del régimen contributivo, a pesar que el POS-S puede ser superior al 50% de que habla la Ley 100 de 1993. De acuerdo con este artículo el gobierno definirá el régimen de las ARS y las condiciones que se les exigirán para convertirse en EPS y de esa manera operar el régimen subsidiado.

De los Senadores muy atentamente,

Angela Victoria Cogollos
Senadora