

**PROYECTO DE REFORMA AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
(SGSSS)**

Título corto: SGSSS

Rubio- Rincón, Gina Sorel., O.D. 1 y Valderrama- Díaz, Piedad Marcela O.D. 2

**1 Docente. Facultad de Optometría. Área Externados. Universidad de La Salle.
Bogotá. Colombia.**

e-mail: grubio@jupiter.lasalle.edu.co

**2 Docente. Facultad de Optometría. Área Externados y clínica. Universidad de La
Salle. Bogotá. Colombia.**

e-mail: pvalderrama@jupiter.lasalle.edu.co

Correspondencia: Cra. 40D No. 59 – 40 Blq. 7 Apto. 502 Bogotá Tel. 2 22 18 83

Cel 310 206 24 03

Diag. 146 No. 32B- 30 Apto. 301 Bogotá Tel. 2 16 51 36

Cel 300 874 37 24

RESUMEN

La expedición de la Ley 100 de 1993 otorgó muchos beneficios a la población colombiana, sin embargo, la implementación de la misma tuvo muchos inconvenientes, los cuales se reflejaron tanto en los temas de aseguramiento, como en los casos de corrupción, principalmente en las A.R.S. y en los temas de salud pública, pues reaparecieron enfermedades como la malaria, el sarampión y la fiebre amarilla; es así, como se llegó a la elaboración y radicación de proyectos ante el Senado de la República, los cuales plantean: creación del Plan de Salud Pública colectiva en reemplazo del Plan de Atención Básica, universalidad en la cobertura a través del aseguramiento, la reorganización del SGSSS, y el fortalecimiento del Sistema de Vigilancia y Control. Como también, eliminación de la integración vertical por parte de las E.P.S., creación del Fondo Territorial Colombia para la salud (FOCOS) para el financiamiento de la prestación de los servicios de salud, creación del Fondo de Garantía para la prestación de servicios de salud y desarrollo de un Sistema Único de códigos de procedimientos. Debido a la importancia que reviste éste tema tan crucial para los colombianos y especialmente para el sector salud, todos los profesionales

debemos tener conocimiento de los posibles cambios que se avecinan, y como afectarían nuestro quehacer profesional.

Palabras claves: reforma, integración vertical, aseguramiento, financiación, sistema general de seguridad social en salud.

ABSTRACT

SOCIAL SECURITY SYSTEM REFORM PROYECT

The issuing of law 100 of 1993 granted lots of benefits to Colombian population. Nevertheless, its implementations had lost of inconvenients, which reflected either on insurance matters as well as on corruption cases, meanly inside the ARS on Public Health issus. This was evident due to the re-emergence of diseases such as Malaria, Measles, yellow fever. All of these facts, led to the elaboration of proyects before the Senate. These proyects include themes such as the creation of a Colective Public Health Plan instead of the current PAB: Besides this, the proyects include universal coverage in health through insurance; reorganization of the SGSSS as well as the Control and Surveillance System. On the other hand, these new proyects pretend to eliminate vertical integration by EPS; creation of the Colombian Territorial Fund for health (Focos) which is created to finance health care

delivery. Finally, the new projects aim to create the Guarantee Fund for health care delivery as well as the development of an Unique System for Procedures Code.

Due to the highly importance of this subject to Colombians and especially for the Health Care Sector, all health professionals shall be aware of possible incoming changes as well as the way them will change our professional life.

Key Words: Reform, Vertical Integration, Insurance, Finance, Social Security System of Health.

INTRODUCCION

En el primer semestre de 2004, se radicaron proyectos de ley para reformar el SGSSS, ante el Senado de la República. Las comisiones, debaten la solución a los problemas prioritarios generados por la implementación de la ley 100, en los temas de aseguramiento, en los casos de corrupción, principalmente en las A.R.S. y en los temas de salud pública, es así, como se llegó a la elaboración y radicación de los proyectos.

Los actores son el Gobierno, representado por el Ministerio de Protección Social, el Sector Privado, representado por la Asociación de Industriales, las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, representadas por la Asociación colombiana de Clínicas y Hospitales, las Entidades Promotoras de Salud, las Administradoras del Régimen Subsidiado, Sectores sindicales, Órganos de control y Defensoría del pueblo; quienes toman de referentes varios temas, entre ellos, las bondades de la ley 100, la imposibilidad de acabar con el Régimen subsidiado, el incremento de la cobertura del mismo, la falta de agilidad en el flujo de recursos para los Hospitales, la desarticulación entre la red pública y privada, la existencia de intermediación, la falta de claridad en la definición de competencias de los actores, la falta de financiación del Régimen vinculado, la formulación por el Estado de verdaderas políticas de salud y financiación, la eliminación de la evasión y elusión, la implementación de un sistema único y centralizado de afiliación, la inequidad en la prestación de servicios y desigualdad en los planes; todos con el fin de llevar consigo una solución definitiva sobre el tema.

PROYECTOS DE REFORMA

- **PROYECTO DE LEY 180: “Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad social en Salud y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud”.**

Como objetivos plantea, expedir el estatuto orgánico del sistema, crear el sistema único de afiliación, crear el registro único de aportantes (RUA) y crear el fondo nacional de aseguramiento de enfermedades catastróficas o de alto costo (FEAC).

Algunas de las reformas más importantes presentadas en éste proyecto son:

El CNSSS establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POSS. Se incluirán actividades, intervenciones y procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, en tal forma que se dé cumplimiento al propósito de un solo Plan de Beneficios en el Sistema, antes del 1 de enero del año 2010. El CNSSS reajustará proporcionalmente el valor de la UPC respectiva.

A partir de la vigencia de la presente Ley las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital asumirán las funciones de administradoras del régimen subsidiado en su zona geográfica, la sisbenización y carnetización de los beneficiarios y contratará con la red pública o privada de servicios un

porcentaje no inferior al 60%. Podrá disponer del 8% de la U.P.C. para gastos de administración.

En aquellos casos cuando a juicio del CNSSS la Secretaría de Salud no esté capacitada para administrar el régimen subsidiado, por excepción, se podrá delegar la administración en una Caja de Compensación Familiar de reconocida eficiencia, dentro de los mismos términos establecidos en la presente Ley.

Durante un período de tiempo, transitorio y definido de tres años, la EPS del ISS podrá utilizar el recaudo total de los aportes, con el fin de lograr la liquidez suficiente y adecuar su funcionamiento hacia la compensación plena.

Las EPS, IPS públicas o privadas, las Secretarías Territoriales de Salud y todos los participantes del SGSSS, respetarán la autonomía de los profesionales de la salud respecto a su ejercicio; la Superintendencia Nacional de Salud velará con especial interés por el cumplimiento de esta norma.

Serán prácticas prohibidas constreñir el criterio profesional, coartar la solicitud de exámenes necesarios para el diagnóstico oportuno, impedir la libre remisión de pacientes al especialista o a otras instituciones de igual o superior nivel, cuando las circunstancias médicas lo ameriten y no exista conflicto de intereses, limitar la prescripción de medicamentos necesarios, establecidos o no en el manual aprobado por el CNSSS y demorar el pago de servicios prestados.

Dispondrá, como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de veinte minutos por cada paciente, o más en casos especiales como las consultas de Psiquiatría y Psicología y de otras especialidades y por lo menos una hora cuando se trate de pacientes que acuden por primera vez.

El profesional de la salud deberá disponer de las condiciones mínimas humanas, técnicas y de bioseguridad que le permitan actuar con autonomía profesional, independencia y garantía de calidad.

Las EPS e IPS no podrán crear nuevas IPS que estén directa o indirectamente relacionadas, y no podrán ampliar los servicios de las IPS que ya funcionan en el esquema de integración vertical. Además, éstas deberán contratar no menos del 50% de los servicios con IPS externas a sus propias redes.

En lo sucesivo para abrir nuevos programas o facultades de las ciencias de la salud, además de los requisitos legales existentes, deberá demostrarse ante el Ministerio de Educación, el Ministerio de Protección Social, la Academia Nacional de Medicina y ASCOFAME, la necesidad del programa o facultad en la región, las posibilidades de mercado laboral de sus egresados y la garantía de los escenarios educativos y de práctica idóneos para los estudiantes, incluido un convenio docencia-servicio con un hospital de III nivel en funcionamiento.

Principalmente consagra, como objetivo del nuevo sistema de seguridad el control del monopolio derivado de la integración vertical y obliga a la eliminación de la integración vertical futura y la limitación a la ampliación de la existente.

Define tarifas de cobro de los tratamientos de alto costo y aprueba tarifas mínimas de honorarios de ejercicio de la medicina.

➤ **PROYECTO DE LEY 236: “Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud”.**

Como objetivos propone, reorganizar el sistema, reestructurar el financiamiento, lograr la universalidad en la cobertura, fortalecer las políticas de salud pública, fortalecer el sistema de vigilancia y control y de información, determinar políticas de desempeño y formación de recurso humano.

Presentaremos lo relevante del proyecto:

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS será una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social, administrada por fiducia pública, creada para agrupar los recursos públicos destinados al financiamiento de la Salud Pública Colectiva y el Nuevo Régimen Subsidiado a nivel nacional, con el objeto de permitir una verdadera equidad financiera en la asignación de los recursos públicos, agilizar los flujos financieros y hacer los procesos contractuales transparentes y expeditos.

Las redes de prestación de servicios serán alianzas integradas por entidades habilitadas de diferente nivel y tipo de servicios, ubicadas en un espacio poblacional definido que aseguren la prestación oportuna, integral y de calidad del Plan de Beneficios con el apoyo de normas operacionales, para una población determinada en un territorio contiguo.

El Sistema de Identificación Nacional de Usuarios – SINU es el sistema de registro de todos los nacionales y sus condiciones de afiliación al SGSSS y el de Protección Social.

Las EPS no podrán hacer prestación directa de servicios de salud para sus afiliados por medio de IPS propias. Las EPS que presten servicios a través de IPS de su propiedad, tendrán un plazo de dos años para ajustarse a este requerimiento, de acuerdo a la reglamentación que expedirá el Gobierno Nacional para este efecto.

Las EPS del Nuevo Régimen Subsidiado deberán contratar como mínimo el 60% de los servicios de salud de sus afiliados al Nuevo Régimen Subsidiado con las IPS públicas organizadas por medio de redes de prestación de servicios de salud en un área determinada.

El Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS asignará los recursos por distrito, municipio o corregimiento departamental con base en el número de

afiliados de cada distrito, municipio y corregimiento departamental y el valor de la UPC del Nuevo Régimen Subsidiado.

A partir de la presente ley la cotización obligatoria de que trata el artículo 204 de la ley 100 de 1993 se aumentará en un punto porcentual del salario base de cotización el cual se destinará en su totalidad a financiar la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo. El monto resultante a los dos puntos de la nueva cotización obligatoria, serán transferidos a la cuenta de focalización de los subsidios en salud del Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS.

Crease el Nuevo Régimen Subsidiado que tendrá como propósito financiar la atención en salud, organizar la prestación de los servicios y manejar el riesgo de todas las personas pobres y vulnerables y sus grupos familiares que hayan sido previamente identificados como elegibles para recibir los subsidios públicos en salud. Cada Entidad Promotora de Salud del Nuevo Régimen Subsidiado EPSS suscribirá un contrato de prestación de servicios con el Fondo Territorial Colombia para la Salud - FOCOS con el objeto de prestar el plan de beneficios a los afiliados del Nuevo Régimen Subsidiado.

El Gobierno Nacional establecerá un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud en los seis meses siguientes a la expedición de la presente Ley, para ello desarrollará un sistema único de códigos de procedimientos en salud.

El SGSSS garantiza un POS para todos los habitantes del territorio nacional, este plan ofrecerá servicios para la protección integral a los individuos del riesgo de enfermar y servicios de promoción de la salud; para los afiliados tanto del Régimen Contributivo como del Nuevo Régimen Subsidiado, el contenido del POS será el que defina el CNSSS. Además éste deberá proponer un programa para unificar los planes en forma progresiva.

Crease el Plan de Salud Pública Colectiva como conjunto óptimo de intervenciones complementarias entre sí dirigidas a la colectividad, en reemplazo del Plan de Atención Básica y cuyo contenido será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social, previo concepto del CNSSS.

Se creará la Central Única de Recaudo adscrita al Ministerio de Protección Social y sin personería jurídica, que entrará en operación una vez el Ministerio certifique la plena operatividad del Sistema de Información.

El Congreso de la República tramitará una ley sobre Recursos Humanos que atienda los requerimientos en lo relacionado con la formación, ejercicio, desempeño, ética y bioética de los recursos humanos en salud.

Principalmente consagra, la prohibición de la integración vertical, advirtiendo que las E.P.S. no podrán hacer prestación directa de servicios de salud a través de sus propias I.P.S y el establecimiento de tarifas de servicios prestados en

casos de riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias, como también un sistema de tarifas mínimas para la prestación de servicios de salud.

- **PROYECTO LEY 238: “Por el cual se modifica el Sistema General de Seguridad social y se adicionan normas especiales a favor de los pueblos indígenas”.**

La población objeto de éste proyecto, son los pueblos indígenas, y sus objetivos son; garantizar el acceso y la adecuación sociocultural de los servicios y fortalecer la organización de la salud de los mismos.

Los pueblos indígenas tienen derecho a medicina indígena, autonomía alimentaria y educación en salud indígena. Los programas de salud de los pueblos indígenas o sus equivalentes, serán los encargados de presentar ante el Consejo Departamental de Seguridad Social en Salud, las propuestas de adecuación sociocultural del plan obligatorio de salud Subsidiado indígena (POSSI), previo los correspondientes procesos de investigación, concertación y aprobación con las autoridades tradicionales.

Las EPSI, son entidades públicas de carácter especial, cuyo objeto es administrar prioritariamente recursos del Régimen Subsidiado Indígena, para garantizar la prestación adecuada de los servicios de salud a los pueblos indígenas y fortalecer sus programas de salud interculturales. Las Instituciones

Prestadoras de Salud Indígena deberán contratar preferiblemente el talento humano indígena, previo cumplimiento de los requisitos técnicos y culturales, para la prestación de los servicios de salud intercultural.

La UPCS se incrementará hasta en un (50%), teniendo en cuenta la adecuación sociocultural de los planes de servicios, la accesibilidad geográfica, la dispersión poblacional, los gastos administrativos y los costos de operación.

- **PROYECTO DE LEY 241: “Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de seguridad social en salud y se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política”.**

Su principal objetivo es la cobertura universal para el año 2005, en el Régimen subsidiado, para los colombianos pobres y vulnerables.

Este proyecto determina:

A partir del segundo mes de la entrada en vigencia de la presente Ley, el aporte de solidaridad de los afiliados a los regímenes de excepción del SGSSS será del (2%) sobre el ingreso base de cotización.

El Gobierno Nacional establecerá un sistema de manejo de los recursos del Sistema General de participaciones y de otras fuentes de recursos destinados a financiar el aseguramiento en salud, que permita que los recursos no se atrasen

en ninguna fase de ejecución de los mismos y se logre que las IPS reciban el pago oportuno de sus servicios. Para tal fin se podrá realizar el giro de los recursos a cualquiera de los agentes del sistema de acuerdo con las circunstancias.

Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados para la financiación de la población pobre mediante subsidios a la demanda, a partir del año 2005, serán equivalentes al (69%) del total de los recursos del Sistema General de Participaciones para Salud.

Crease el Fondo Territorial Colombia para la Salud – FOCOS como un fondo sin personería jurídica administrado por el Gobierno Nacional a través de fiducia mercantil, el cual tiene como objeto administrar y girar los recursos de las Entidades Territoriales y los recursos que a éstas les sean asignados, destinados al financiamiento del Régimen Subsidiado del SGSSS.

- **PROYECTO DE LEY 242: “Por el cual se reforma el libro segundo de la Ley 100 de 1993 y se constituye el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral”.**

Define el Sistema de Seguridad Social en Salud Integral- SSSSI, para garantizar la seguridad social en salud.

Esta Ley garantiza que todo colombiano sin distinción alguna tenga materializado el derecho a la Seguridad Social en Salud Integral. Unos lo harán

en su condición de afiliados al régimen contributivo y otros como afiliados al régimen solidario, según lo dispuesto en el Título III de la presente Ley. No obstante y mientras se logra alcanzar coberturas cercanas al 95% de población, se mantendrán mecanismos para que los Colombianos no afiliados y de escasos recursos accedan a los servicios hospitalarios vía oferta pública.

Crea el Plan de Atención en Salud Pública Colectiva.-PAS Colectivo. El Plan es un conjunto óptimo de intervenciones básicas, de atención de enfermedades de interés en salud pública y para inducción de la demanda al Plan de Atención Integral en Salud- PAIS

Creación del Instituto Nacional de Salud Pública –INSAP. Crease la Empresa Industrial y Comercial del Estado para la investigación, vigilancia y control de la salud pública adscrita al Ministerio de Protección Social, bajo la denominación Instituto Nacional de Salud Pública –INSAP, en el cual quedarán integrados el actual Instituto Nacional de Salud-INS y el Instituto de Vigilancia y Control de Medicamentos y Alimentos INVIMA.

A fin de garantizar la atención integral en Salud, el Sistema además del Plan de Salud Pública Colectiva, operará a través de una serie de planes de beneficios con unos responsables específicos, entre los cuales deberá de adelantarse procesos técnicos y administrativos para garantizar la salud integral de todos los colombianos. El Plan de Atención en Salud Integral – PAIS, crea las condiciones de acceso a un Plan Integral de Salud para todos los habitantes del territorio nacional tanto del régimen contributivo como del régimen solidario.

En los casos de urgencias generadas en accidentes de tránsito, en acciones terroristas ocasionadas por bombas o artefactos explosivos, en catástrofes naturales u otros eventos expresamente aprobados por el CNSSS, los afiliados al SSSSI tendrán derecho al cubrimiento de los servicios médico-quirúrgicos, indemnización por incapacidad permanente y por muerte, gastos funerarios y gastos de transporte al centro asistencial. El FOSYGA pagara directamente a la institución que haya prestado el servicio en salud a las tarifas que establezca el Gobierno Nacional de acuerdo con los criterios del CNSSS.

En el régimen contributivo, las Entidades Promotoras de Salud Integral tendrán establecido un tope de gastos de administración por las UPC manejadas en un periodo anual el cual no superará el 7% del valor de la UPC promedio.

En el régimen solidario, las EPS-S tendrán establecido un tope de gastos de administración por las UPC manejadas en un periodo anual el cual no superará el 7% del valor de la UPC promedio.

Limitación a la Integración vertical, cuando una Institución Prestadora de Servicios de Salud sea de propiedad de una Entidad Promotora de Salud, la primera tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente y permita auditar el gasto real en prestación de servicios de salud a su EPS matriz.

Se establecen como topos máximos para contratación con red propia los siguientes:

- a) Para EPS del régimen contributivo el 50%.
- b) Para EPS del régimen solidario el 20%, quedando obligadas a que como mínimo el 60% restante se contrate con red no propia de carácter público y el 20% como mínimo con red no propia de carácter privado.
- c) Para EPS públicas del régimen solidario tendrán un tope máximo de 80% de gasto efectivo en salud con red propia de carácter público, privilegiando la red propia de los territorios municipales y departamentales donde habitan sus afiliados.

La cotización obligatoria, será máximo del 12% del salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior a un salario mínimo mensual vigente. Uno y medio punto de la cotización será trasladado a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen solidario.

Las personas vinculadas mediante contrato de trabajo, de prestación de servicios, consultoría, asesoría o contrato de obra, tendrán como base de cotización el 12% de lo pactado en el contrato como honorarios. Los aportes obligatorios al Sistema serán retenidos por el Contratante y girados a la EPS a la cual está afiliado el contratista. El periodo de giro corresponderá con la modalidad de pago pactada en el contrato. En ningún caso la cotización podrá liquidarse por debajo de un SMMLV. Cuando los honorarios no superen los 3 SMMLV se podrá tomar para objeto de liquidación de aportes el 70% de lo devengado. En ningún caso la cotización podrá liquidarse por debajo de un salario mínimo mensual vigente.

Cotización de trabajadores vinculados a la economía informal. A fin de facilitar que las personas vinculadas a la economía informal queden obligatoriamente afiliadas al régimen contributivo se posibilitara que coticen el 12% sobre un mínimo de un SMMLV.

Cotización para Pensionados Mínimos. A fin de propiciar la equidad en los pensionados y favorecer la capacidad adquisitiva del pensionado con pensión igual a un SMMLV, cotizaran el 8% sobre lo devengado, siempre y cuando demuestren ante la entidad administradora de pensiones que tienen deteriorada su capacidad económica y dependen totalmente de su pensión. El 4% de la cotización faltante será asumido con cargo al Fondo de Solidaridad Pensional.

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad. Las IPS deberán de cumplir con los parámetros establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad establecido por el Gobierno Nacional

El Sistema Integral de Información en Salud- SIIS, deberá ser un sistema practico y operativo que gire alrededor de la salud del usuario y afiliado al Sistema y provea información básica para evaluar el desempeño, resultados de los diferentes actores del Sistema en especial EPS, IPS y Direcciones Territoriales de Salud, siendo útil a estas entidades para cumplir con su objeto y retroalimentar su accionar

Las EPS e IPS no podrán solicitar al afiliado para objetos de certificar su calidad u otorgar un servicio fotocopias de documentos que son parte de su

sistema de información y procuraran limitar el requerimiento a la presentación del carné de afiliado o documento de identificación.

Los Colegios Profesionales de Salud y Sindicatos del Sector Salud y de la Seguridad Social podrán ejercer control social y técnico a las políticas, programas, recursos y entidades del Sistema.

Facultase al Gobierno Nacional para el desarrollo del Código de Inspección, Vigilancia y Control de la Seguridad Social en Salud, el cual desarrollará tanto la inspección, vigilancia y control de los recursos, entidades y planes de beneficios para atención en salud integral.

Los programas empresariales de prevención de accidentes de trabajo y promoción de la salud ocupacional, serán responsabilidad de la ARP y para ello contratara con IPS habilitadas para tal efecto, las cuales deberán estar asignadas a las empresas aportantes al Sistema de Riesgos Profesionales por periodos mínimos de dos años. La disminución de los accidentes de trabajo y enfermedad profesional tendrán incentivos financieros para las ARP y Empresas Aportantes o disminución de la cotización para el empleador.

Definitivamente, limita la integración vertical, el gobierno establecerá las tarifas de pago de las atenciones en riesgos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.

BIBLIOGRAFIA

República de Colombia, Ley 100 de 1993. Libro segundo.

_____, Proyecto Ley 180 de 2004

_____, Proyecto Ley 236 de 2004

_____, Proyecto Ley 238 de 2004

_____, Proyecto Ley 241 de 2004

_____, Proyecto Ley 242 de 2004