



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Tafur, Luis Alberto

Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007

Colombia Médica, vol. 38, núm. 2, abril-junio, 2007, pp. 107-112

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28338203>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007

LUIS ALBERTO TAFUR, M.D. \*

### RESUMEN

**Introducción:** En este artículo se analizan los aspectos que contempla la Ley 1122 de 2007 y se comparan con normas existentes y con posibilidades de lograr las metas propuestas.

**Dirección:** 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. Esta 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.

**Cobertura universal y financiación:** Para alcanzar la cobertura universal, la Ley incrementa la cotización al régimen contributivo en 0.5% y el porcentaje del Sistema General de Participaciones que los entes territoriales deben destinar a la afiliación en el Régimen Subsidiado, disminuyendo proporcionalmente el aporte del gobierno nacional. Se afirma que no se alcanzará la cobertura universal al no estar en ninguno de los regímenes la población de 19 a 24 años desempleados, no estudiantes y solteros, que se calcula en 2'000,000 de personas y la población no afiliada al régimen contributivo del nivel III del Sisbén. Se considera positiva la baja a un año en el tiempo de cotización a una EPS a fin de trasladarse a otra, así como la disminución del período de carencia a 26 meses para las enfermedades de tratamiento quirúrgico y las de alto costo.

**Prestación de servicios:** La contratación obligatoria de las EPS del Régimen Subsidiado del 60% de la UPC con las Empresas Sociales del Estado quita el estímulo en la búsqueda de la calidad como factor de competencia. Se critica el dejar para reglamentación posterior por el Ministerio de la Protección Social muchos temas.

**Palabras clave:** Cobertura de servicios de salud; Servicio de salud.

### *Controversy with Law 100 of 1993 against Law 1122 January 2007*

### SUMMARY

**Introduction:** This paper analyzes Law 1122 of 2007 and compares with present rules and possibilities of obtaining proposed goals.

**Direction:** This Law creates the *Comisión Reguladora de Salud* (CRES) assigning to the *Consejo Nacional de Seguridad Social* (CNSSS) activities for advising and consultation turning it no operative. This decision gives full power to the executive branch because the President designs the Commissioners and does not take in account the social and institutional participation. A good point is the creation of the Defender of the Patient although does not consider the *Superintendencia Nacional de Salud*.

**Universal coverage and financing:** With the goal of reaching the national coverage this Law increases the dues to the contributive system in 0.5% and the percentage of the General System of Contributions that different institutions must give to the affiliation to the *Regimen Subsidiado*, decreasing in proportion the amount giving by the national government. It is said that the national coverage will not be reached because none of different systems, neither population segment of 19 to 24 years old unemployed, students and singles, approximately 2 million people and the population no affiliated to the *regimen contributivo*, level III of Sisben. It is very positive the decrease to one year the period to be allowed to change EPS, and the decrease of the lack period to 26 months for surgical and high cost diseases.

**Medical services:** The compulsory engagement of EPS from *regimen subsidiado* of 60% from UPC with ESE, discourage the search for quality as a competence goal. It is criticized that *Ministerio de Protección Social* has to regulate many sections furthermore.

**Keywords:** Health Services Coverage; Health Services.

---

\* Profesor Titular (J), Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle y Profesor, Facultad de Salud, Programa de Medicina, Universidad Santiago de Cali, Colombia. e-mail: lutafur@yahoo.com  
Recibido para publicación enero 5, 2007    Aceptado para publicación abril 16, 2007

El Ministerio de la Protección Social de Colombia y los ponentes del proyecto de Ley en el Congreso de la República han presentado a la opinión la Ley 1122 sancionada por el Presidente de la República el 9 de enero de 2007<sup>1</sup>, como un gran logro en la búsqueda de mejorar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país. En este trabajo, mediante el análisis del articulado de la nueva Ley y la comparación con lo que existía antes, se busca determinar si la Ley que se aprobó logrará alcanzar los propósitos que orientaron su discusión y sanción gubernamental.

### DIRECCION DEL SISTEMA

En la organización del SGSSS, la nueva Ley crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le da al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesor y consultor. La CRES estará constituida por cinco comisionados «expertos», a quienes nombra el Presidente de la República, de ternas propuestas por diferentes entidades como: Asociación Colombiana de Universidades, Centros de Investigación en Salud, Centros de Investigación en Economía de la Salud, Asociaciones de Profesionales de la Salud y Asociaciones de Usuarios debidamente organizados. Esta decisión concentra el poder en el ejecutivo al ser el Presidente de la República quien designa a los comisionados y hace desaparecer la participación social e institucional que contempla el Artículo 49 de la Constitución Nacional. El CNSSS está conformado por 13 personas representantes de los distintos actores del Sistema como son EPS, empleadores, usuarios, profesionales, IPS y gobierno. Sus decisiones a través de Acuerdos han sido de obligatorio cumplimiento. Al cambiar su papel y darles funciones de asesoramiento y consultoría, le hacen perder importancia y no le dan representatividad a los actores para las decisiones que se requieren.

La creación de la figura del Defensor del Usuario es conveniente para el Sistema. Sin embargo, su vínculo con la Superintendencia de Salud le quita la libertad necesaria para controvertir los fallos de esta institución. Debería ser parte de la Defensoría del Pueblo.

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 geográ-

ficas se hace indispensable para lograr la oportunidad en la vigilancia y control.

### COBERTURA UNIVERSAL Y FINANCIACIÓN

El motivo principal de la reforma de la Ley 100 de 1993 fue alcanzar la cobertura universal en los próximos tres años, para lo cual se incrementaron los recursos destinados a financiar la afiliación de la población pobre aún no afiliada, de los niveles del Sisben 1 y 2. Con este fin se subió la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo en 0.5% a cargo del empleador. La Ley 1122 en el caso de los trabajadores independientes y de los pensionados o jubilados, que son responsables del pago completo de 12.5%, disminuye los ingresos reales de esta población después de los pagos de salud, sobre todo de quienes dependen de una mesada. Además, al aumento de 0.5% de la cotización, el Artículo 11 de la Ley modifica 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). Esta decisión incrementa el gasto territorial en la afiliación al Sistema y disminuye proporcionalmente la del Gobierno Nacional, lo que facilita así centralizar las inversiones que puede dirigir el alto Gobierno según su conveniencia, o sea la asignación de recursos en los denominados Consejos Comunitarios que orienta el Presidente de la República.

Las consecuencias de estas decisiones son: El incremento de la cobertura es posible, pero no se logrará la universalización debido a:

1. El grupo de población entre 19 y 24 años de edad, soltero, sin ocupación y que no estudie de tiempo completo, no tiene cobertura familiar en ninguno de los regímenes. Esta parte de la población, según los datos de la encuesta de Profamilia 2005<sup>1</sup>, se calcula aproximadamente en 2 millones de personas que no tendrían cobertura. Además, en este grupo se encuentra la mayor proporción de muertes por violencia, especialmente entre los hombres.
2. La población nivel 3 del Sisben puede acceder a subsidios parciales o a subsidios para cotizar el RC. Si no tiene empleo o si sus ingresos son bajos, no tendrá facilidad de cotizar. Se estima en 2'878,000 personas del quintil medio de riqueza según la encuesta de Profamilia<sup>2</sup>.
3. La disminución de los recursos destinados a subsidio a la oferta en lo no cubierto por el subsidio a la demanda

(actividades, procedimientos e intervenciones que no cubren el POS subsidiado ni el programa de subsidios parciales) hará que las ESEs de mediana y alta complejidad entren nuevamente en crisis al tener los entes territoriales (ET) que destinar sus recursos a la afiliación al RS. Esta decisión permite ampliar la cobertura de afiliación, pero al continuar los planes de beneficios limitados en los niveles de mediana complejidad, tanto en régimen de subsidios totales como de parciales, las ESE que tienen servicios de esta complejidad y atienden la población tendrán una disponibilidad menor de recursos.

En el Artículo 13 sobre flujo y protección de los recursos, se define que éstos se manejarán en los ET mediante los fondos de salud creados por la Ley 10 de 1990 y que no han sido operantes debido principalmente a que el alcalde o gobernador no tienen decisión directa sobre ellos, sino el jefe del área de salud, quien al ser subalterno de aquéllos debe acatar las indicaciones que se le hagan acerca del manejo de los recursos. Sin embargo, la definición que hace la Ley sobre el manejo de los recursos en un capítulo especial con manejo contable y presupuestal independiente y exclusivo, en tres cuentas maestras, puede favorecer su vigilancia y control por los entes controladores.

El destinar 0.4% de los recursos del RS para financiar los servicios de interventoría del régimen, es una decisión que favorecerá el control de los contratos, al definirse la fuente de financiación de ella que hasta antes de la Ley no tenía un presupuesto definido ni un rubro del cual las administraciones territoriales podían hacer uso.

## **SALUD PÚBLICA**

El reemplazo del Plan de Atención Básica (PAB) por el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) busca centralizar las decisiones sobre la salud pública y evitar el despilfarro de los recursos a niveles municipal y departamental que se ha observado en la ejecución del PAB territorial. Los ET y las EPS, según lo establecido en la nueva Ley, tienen obligación de elaborar un plan operativo para cada año, así como un plan financiero y presupuestal, que permita ejecutar el PNSP definido por el Ministerio de la Protección Social y que hará parte del Plan Nacional de Desarrollo del Gobierno Nacional. Este cambio ignora la participación territorial en la planeación del PNSP a diferencia de lo que sucedía con el PAB donde los ET

debían elaborar su propio plan y el nacional tenía en cuenta las características regionales y locales.

## **PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

En relación con la atención inicial de urgencias, lo aprobado en la nueva Ley ya era vigente en el Sistema mediante el decreto 1406 de 1999<sup>3</sup>. El llamado paseo de la muerte, utilizado como argumento para su inclusión en la nueva Ley, corresponde principalmente a la falta de sanciones por la Superintendencia Nacional de Salud a las IPS que negaron la prestación de servicios.

En el Ordinal d del Artículo 13, se establece el pago de 100% del valor del contrato, mes anticipado, a las instituciones prestadoras cuando se trata de contratos por capitación. Esta decisión tendrá como consecuencia que esa modalidad de contratación entre aseguradoras y prestadoras tienda a desaparecer, al verse obligadas las entidades aseguradoras a entregar a las prestadoras los recursos sin que se haya cumplido por éstas con las actividades objeto del contrato.

Se insiste en el pago de intereses de mora cuando los ET, las EPS o las IPS no paguen oportunamente los servicios. El Decreto 723 de 1997<sup>5</sup> estableció el pago de intereses de mora por las EPS a las prestadoras, sin que esto se haya cumplido. Cuando una IPS hace el cobro de intereses de mora, es excluida del listado de prestadores de servicios.

## **ASEGURAMIENTO**

En el Artículo 14 se perpetúa la continuidad de los subsidios parciales, manteniendo un plan de beneficios adicional recortado, que no consideró la Ley 100 de 1993. Este plan se ha utilizado con fines políticos de afiliación sin que proteja adecuadamente la población porque su cobertura no incluye actividades de mediana y alta complejidad diferentes a las enfermedades de alto costo. La población afiliada en subsidios parciales que tengan esas enfermedades se debe atender con cargo al subsidio de la oferta. En la Ley 1122 se disminuyen los recursos para el subsidio a la oferta al destinarse a la afiliación, o subsidio a la demanda, lo cual llevará a una nueva crisis de las ESE, sobre todo aquellas de nivel de mediana y alta complejidad que han venido atendiendo a los pacientes no afiliados, y a los afiliados con enfermedades no cubiertas por los regímenes de subsidio total o parcia

Para los afiliados al RC que pierdan el empleo y sean nivel III del Sisben, se establecen subsidios a la cotización que serán reglamentados por el gobierno nacional, lo cual quizá originará un nuevo plan de beneficios incompleto. El nivel III del Sisben incluye la población que tiene ingresos familiares que corresponden a 3 canastas básicas de alimento, lo cual está alrededor de la equivalencia de un salario mínimo mensual vigente para una familia que según el promedio nacional hallado en la encuesta realizada por Profamilia<sup>2</sup> es de 4.1 personas. Estas familias utilizan 75% de sus ingresos en alimentación lo cual hace difícil pensar que tengan capacidad de pago de cotizaciones al sistema, aun subsidiadas, en los casos en que no tienen empleo o son trabajadores independientes. Esta situación hace que una fracción de la población en el nivel III del Sisben no tendrá afiliación al sistema de salud por no ser prioritarias y no tener capacidad de pago.

El traslado del régimen contributivo al subsidiado o movilidad entre regímenes ya existía mediante el Acuerdo 304 de 2005 del CNSSS<sup>4</sup>. El traslado entre aseguradoras o movilidad entre EPS se disminuye de 24 a 12 meses, lo cual favorece el «castigo» que puede hacer el usuario a la aseguradora que tenga barreras administrativas o problemas de calidad. La libre escogencia de entidad prestadora así como lo relacionado con la prestación de servicios de salud está pendiente de reglamentación por el Ministerio de la Protección Social.

## PLANES DE BENEFICIOS

En relación con los contenidos de los POS, la nueva Ley establece que la Comisión de Regulación en Salud actualizará anualmente el POS buscando el acercamiento progresivo de los contenidos de los planes de los dos regímenes (contributivo y subsidiado). Algo similar estableció la Ley 100 de 1993 y en el desarrollo del Sistema de Seguridad Social, no se ha actualizado el POS del régimen subsidiado acercándolo al del régimen contributivo. Por el contrario, se creó en el gobierno anterior del Dr. Álvaro Uribe, el plan de subsidios parciales que tiene menos contenidos que el de subsidio totales, con un valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) definido en el Acuerdo 267 del CNSSS<sup>6</sup> equivalente a 40% del de subsidios totales.

En relación con las actividades de promoción y prevención que por disposición de la Ley 715 de 2001 estaban a cargo de los municipios, la Ley 1122 define que las

actividades propias del RS incluyendo las de promoción y prevención serán ejecutadas a través de las EPS-S, las cuales las harán a través de la red pública contratada por las EPS del RS del respectivo municipio. Esta decisión favorece cumplir estas actividades, pues disminuye la influencia política partidista en las decisiones que se relacionan con la salud, observadas por ser los municipios los encargados de efectuarlas, al responsabilizar a las EPS del RS de la financiación de ellas.

En los contenidos de los planes de beneficios, la nueva Ley suprime los copagos para los afiliados del RS clasificados en el nivel I del Sisben, decisión que reconoce la situación de pobreza de esta población y su incapacidad para cancelar sus obligaciones al sistema.

En el RC, se establece disminución en los períodos mínimos de cotización o períodos de carencia, esto es, los períodos requeridos de cotización desde la afiliación, para tener acceso al tratamiento de enfermedades que requieran cirugías y las denominadas enfermedades de alto costo, a 26 semanas, independientemente del tipo de procedimiento que se vaya a realizar o la enfermedad que tenga el afiliado. Esta decisión favorece atender las enfermedades que requieren manejo quirúrgico o son consideradas como de alto costo, muchas de las cuales eran atendidas después que el paciente recurriera a una acción de tutela. Como consecuencia, disminuirá la presión sobre los jueces y el gasto que tenía que autorizar el FOSYGA para pagar las decisiones judiciales.

Al no acompañarse de una modificación de la UPC en ambos regímenes, se incrementarán todas las barreras administrativas que utilizan las EPS para contener costos, así como los mecanismos de selección adversa de los pacientes que ingresen al sistema con enfermedades comprendidas en el grupo con períodos de carencia.

Al incluir como sanción para las EPS que no lleven oportunamente a consideración del Comité Técnico Científico los medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del RC en los casos de enfermedades de alto costo, y sean obligadas mediante acción de tutela, el reconocimiento de la mitad de los costos, favorece la oportunidad de la respuesta por las EPS de las solicitudes de medicamentos.

En relación con el aseguramiento del alto costo, el Artículo 19 es inocuo al ser optativo para la EPS contratar el reaseguro o responder directa o colectivamente por dicho riesgo. Igual inocuidad tiene el Artículo 24 relacionado con la afiliación de las entidades públicas al Sistema General de Riesgos profesionales.

## PRESTADORES DE SERVICIOS

En la prestación de servicios de salud, la Ley deja en manos del Ministerio de la Protección Social la definición de los requisitos de habilitación, de las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios, el sistema de clasificación de las IPS, los mecanismos para la aplicación de la libre elección de IPS entre los afiliados a las EPS. Esta ha sido y es una responsabilidad del Ministerio, que no se ha visto desarrollada adecuadamente. El Sistema de Garantía de Calidad que tiene relación con muchos de estos aspectos, después de 13 años de vigencia de la Ley 100 de 1993 continúa en desarrollo, ha sido evidente la selección adversa y la selección de riesgo de los usuarios por las EPS y en el período transcurrido no se ha visto la decisión del Ministerio de reglamentar y actuar sobre esos aspectos.

Asimismo, queda bajo responsabilidad del Gobierno Nacional la reglamentación de los requisitos para la creación, transformación, categorización, organización y operación de las ESE. Estas entidades fueron creadas por el Decreto 1876 del 3 de agosto de 1994<sup>7</sup> y desde esa fecha, el Ministerio ha tenido la responsabilidad de darles asesoramiento, según lo definió el Artículo 27 de este Decreto.

La nueva Ley convierte a las Empresas Sociales del Estado (ESE) en entidades dependientes del poder político territorial al relacionar la elección de los gerentes con el período de alcaldes, gobernadores y presidente de la República, según sean municipales, departamentales o nacionales. Además, la inclusión de un párrafo transitorio que lleva la situación actual hasta abril del 2012, logra mantener a los actuales gerentes por un período que puede ser hasta de 5 años, y de esta forma, permite a los funcionarios respaldados por los actuales jefes políticos continuar en sus cargos.

Se establece un límite de 30% del gasto en salud para la contratación por las EPS con su propia red de prestadores de servicios o de IPS, lo cual se considera como control de la integración vertical, afecta prácticamente a una sola EPS ya que las demás tienen figuras de composición accionaria y organizativa que les permite presentar a las IPS como entidades ajenas.

La afiliación inicial de los desplazados y desmovilizados cuyo financiamiento en su totalidad este a cargo del FOSYGA, que se venía haciendo en el RS según lo establecido en los Acuerdos del CNSSS 244<sup>8</sup>, se hará a una EPS de naturaleza pública de orden nacional. Las EPS

públicas de orden nacional son el ISS, Cajanal y Caprecom, las cuales se encuentran en proceso de liquidación por no tener el margen de solvencia requerido.

La Ley 1122 establece la obligatoriedad de las EPS-S de contratar 60% del gasto en salud con las ESE. Esta decisión 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. En el sector privado, la competencia con base en la calidad favorece la contratación mientras que en el sector público, al existir un porcentaje obligatorio de contratación se favorece la exigencia de cumplimiento por las aseguradoras de necesariamente contratar con las ESE. Es de tener en cuenta, que antes de esta Ley, las ARS tenían la obligación de contratar 40% del gasto en salud con las ESE. No se conoce de ninguna investigación ni sanción de la Superintendencia de Salud por el incumplimiento de esta norma.

## CONCLUSIONES

Con base en la revisión anterior, se puede concluir que la Ley 1122 de 9 de enero de 2007 incrementa las cotizaciones del régimen contributivo y el porcentaje que los entes territoriales deben destinar a la afiliación de la población pobre de los recursos del Sistema General de Participaciones, de las rentas cedidas y de Etesa, buscando incrementar la cobertura del Régimen Subsidiado, disminuyendo la proporción que corresponde al Gobierno Nacional, pero no será posible lograr la cobertura universal por la exclusión de la población entre 19 y 24 años soltera, desempleada y no estudiantil y el nivel III del Sisben.

Se le dan nuevas funciones a la Superintendencia Nacional de Salud en aspectos de inspección, vigilancia y control, que corresponden al poder judicial, que pueden mejorar el sistema siempre y cuando se actúe técnicamente y con oportunidad. Se desaprovechó la oportunidad para reformar adecuadamente el sistema, se reexpidieron normas existentes y se dejaron en manos del Ministerio de la Protección Social muchos aspectos importantes, a pesar de que durante un período mayor a una década, éstos todavía no han sido reglamentados.

## REFERENCIAS

1. Imprenta Nacional de Colombia. Diario Oficial 46.506. Ley 1122

- 09/01/2007
2. PROFAMILIA. Salud sexual y reproductiva en Colombia. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogotá: PROFAMILIA; 2005.
  3. Ministerio de Salud. *Decreto 1406 de 28 de julio de 1999*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Diario Oficial 43.652.
  4. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Acuerdo 000304 de octubre 14 de 2005*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Diario Oficial 46.089.
  5. Ministerio de Salud de Colombia. *Decreto 723 de marzo 14 de 1997*.
  6. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Acuerdo 000267 de 10 de junio 2004*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Diario Oficial 45.623.
  7. Ministerio de Salud de Colombia. Diario Oficial N° 41.478. *Decreto 1876 de 3 de agosto de 1994*.
  8. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial 45.145. *Acuerdo 000244 de 31 de enero 2003*. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia.

## GLOSARIO

CNSSS: Consejo Nacional de Seguridad Social  
 CRES : Comisión de Regulación en Salud  
 ESE: Empresas Sociales del Estado  
 EPS: Entidad Promotora de Salud  
 EPS-S: Entidad Promotora de Salud del Régimen Subsidiado  
 ET: Entes Territoriales  
 FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía  
 IPS: Institución Prestadora de servicios de Salud  
 ISS: Instituto de Seguros Sociales  
 PAB: Plan de Atención Básica  
 PNSP: Plan Nacional de Salud Pública  
 POS: Plan Obligatorio de Salud  
 RC: Régimen Contributivo  
 RS: Régimen Subsidiado  
 SGP: Sistema General de Participaciones  
 SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud  
 SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios  
 UPC: Unidad de pago por capitación