

# Proyecto de Ley No. 033/04

## “Por el cual se realizan modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud”

(Presentado por la Academia Nacional de Medicina al Congreso de la República)

### EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Con base en los artículos 48, 49, 356 y 365  
de la Constitución Nacional,

#### DECRETA:

#### CAPÍTULO I TÍTULO I NORMAS GENERALES

**ARTÍCULO 1. REESTRUCTURACIÓN Y OBJETIVO.** La presente Ley reestructura el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como un servicio público esencial de carácter obligatorio, el cual se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado, encargado de desarrollar en forma armónica y coherente los principios establecidos en la Constitución Nacional, a través de los siguientes objetivos específicos:

- a. Fundamentar el SGSSS en los principios de universalidad, solidaridad, equidad y eficiencia, centralizado políticamente y descentralizado administrativamente y financieramente hasta el nivel departamental, distrital y de las ciudades capitales. Esto con el fin de ampliar la cobertura, pero no sólo en términos de carnetización sino de real prestación de servicios en todos los niveles de atención.
- b. Asegurar la óptima calidad científica, técnica y ética de la atención de la salud fortaleciendo el profesionalismo médico y promoviendo su enriquecimiento intelectual y científico.
- c. Crear el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud para simplificar, reunir y actualizar todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud.
- d. Crear un Sistema de Información del SGSSS y el Registro Único de Aportantes (RUA) al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral.
- e. Crear la Comisión Reguladora de la Seguridad Social en Salud, en reemplazo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, para que cumpla su función de ser el organismo rector y director del Sistema.
- f. Garantizar la atención de la salud como un servicio público a cargo del Estado, asegurar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, mediante la superación de la crisis hospitalaria nacional y garantizando el flujo oportuno y equitativo de recursos en el régimen subsidiado, mediante el giro directo de los mismos.
- g. Otorgar al Ministerio de la Protección Social y las Direcciones Seccionales el liderazgo y la responsabilidad de la administración y financiación de los programas de fomento, promoción de la salud, prevención de la enfermedad crónica y degenerativa, de las enfermedades laborales, de los accidentes y de los programas de control de Fiebre Amarilla, Dengue, TBC, Malaria, Cólera, Lepra, Leishmaniasis, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades emergentes y reemergentes, programas de vacunación y, los contenidos del Plan de Atención Básica (PAB), sin perjuicio de las actividades obligatorias que les correspondan a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC).
- h. Crear el Fondo de Educación Médica de Postgrado e Investigación para dar soporte a la capacitación del personal de salud y a la investigación científica, como actividades fundamentales para incrementar el capital intelectual y la generación del conocimiento, lo cual es garantía de calidad en cualquier sistema de salud.

- i. Crear el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC).
- j. Crear mecanismos para agilizar el pronto y equitativo pago de los servicios que prestan las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los profesionales de la salud.
- k. Crear un período de transición para el Instituto de Seguros Sociales (ISS) con objetivos específicos.
- l. Establecer normas generales tendientes a fortalecer el ejercicio de las profesiones de la salud y respetar su autonomía para incentivar la calidad y la humanización en la prestación de los servicios.
- m. Fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud como instrumento principal de vigilancia y control del SGSSS.
- n. Controlar el monopolio derivado de la integración vertical.
- o. Racionalizar los costos administrativos de las entidades aseguradoras.
- p. Definir que los recursos que ingresan a las empresas administradoras de planes de beneficios, tanto en el sector contributivo como en el subsidiado, y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos constituyen un patrimonio autónomo, propiedad del SGSS que sólo puede ser reinvertido en mejoramiento y ampliación de los servicios, bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

**ARTÍCULO 2. FACULTADES AL EJECUTIVO.** Facúltase al Presidente de la República y al Ministerio de la Protección Social (MPS) para que en un plazo no mayor a seis (6) meses a partir de la fecha de publicación en el diario oficial de la presente Ley, previa revisión en todos los casos y concepto favorable del CNSSS:

- a. **Expida el Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud** que unifique, simplifique y compile todas las normas existentes en materia de Seguridad Social en Salud.
- b. **Cree el Sistema de Información con el Registro Único de Afiliación al SGSSS**, al cual se afiliarán tanto los usuarios del régimen contributivo, como los del subsidiado. Una vez afiliados, respetando el núcleo familiar, los cotizantes al régimen contributivo escogerán libremente entre el ISS o una cualquiera de las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Los afiliados al régimen subsidiado quedarán inscritos en la Secretaría de Salud que le corresponda.
- c. **Cree el Registro Único de Aportantes (RUA)** al Sistema General de Seguridad Social en pensiones, salud y protección laboral.
- d. **Ordene al administrador Fiduciario del FOSYGA** que una vez termine el último período de contratación vigente con las actuales Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), posterior a la publicación en el diario oficial de la presente Ley, gire los recursos de

la Subcuenta de Solidaridad directamente a los prestadores públicos o privados, de acuerdo con los contratos realizados entre éstos y las Secretarías de Salud que en adelante asumirán las funciones administrativas que hasta su liquidación desempeñaban las ARS, incluida la contratación de prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado. En adelante esta contratación de servicios con la red pública no será inferior al 60% en cada Secretaría de Salud.

- e. **Cree el Fondo Nacional de Aseguramiento de las Enfermedades Catastróficas o de Alto costo (FEAC).** Una vez definidas por el CNSSS cada una de las patologías reconocidas como de alto costo y con base en estudios técnicos que correlacionen el costo relativo de estas patologías, su frecuencia y riesgo, el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo del SGSSS (FEAC), como una quinta subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

## TÍTULO II ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

**ARTÍCULO 4. DIRECCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** La dirección, coordinación, control y administración del SGSSS corresponden al Estado a través del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud (CRSSS), las Secretarías de Salud y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTRSSS).

**PARÁGRAFO.** Todo el Sistema así constituido está bajo la inspección, vigilancia y control de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud y de la Superintendencia Nacional de Salud, sin perjuicio de las funciones delegadas a los entes territoriales.

**ARTÍCULO 5. ORGANIZACIÓN Y NIVELES DE OPERACIÓN DEL SGSSS.** El Ministerio de la Protección Social es el nivel administrativo y ejecutivo de las políticas públicas de salud orientadas por la CRSSS. Acorde con lo establecido en la presente Ley, la organización y el funcionamiento del Sistema se desarrollará a través de los siguientes niveles:

- **Nivel Nacional:** Ministerio de la Protección Social, la CRSSS y la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Nivel Departamental:** Gobernadores, Secretarios Departamentales de Salud, Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, y la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Nivel Distrital:** Alcaldes Distritales, Secretarios Distritales de Salud, Consejos Distritales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.
- **Nivel Capital:** Alcaldes Municipales de las ciudades capitales, Secretarios Municipales de Salud, Consejos

Municipales de Seguridad Social en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud.

- **Nivel Municipal:** no serán descentralizados para los efectos de la presente Ley y dependerán del nivel departamental respectivo, con excepción de aquellos que quedaron certificados al tenor de la Ley 715 de 2001.

**ARTÍCULO 6 INTEGRACIÓN DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (CRSSS).** A partir de la vigencia de la presente Ley se estructura la CRSSS que reemplaza al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y le se asignan funciones en desarrollo a lo que establece la Ley 142 de 1994, como el órgano regulatorio del SGSSS, encargada de definir las políticas de la Nación Colombiana en materia de Salud Pública y Seguridad Social en Salud.

La composición de la CRSSS estará constituida por:

- El Ministro de la Protección Social.
- El Ministro de Hacienda o el Director del Departamento Nacional de Planeación.
- Cinco (5) miembros procedentes de los actores principales del SGSSS: usuarios, instituciones prestadoras de servicios, profesionales de la salud, aseguradores y empresarios.

**PARÁGRAFO 1. ASESORES PERMANENTES.** Serán asesores de la CRSSS: un (1) representante de la Academia Nacional de Medicina, un (1) representante del Colegio Médico Colombiano, un (1) representante de las Facultades, Escuelas o Departamentos de Salud Pública, un (1) representante de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, (1) representante de la Asociación Colombiana de Clínicas y Hospitales y un (1) representante de la Confederación de Profesionales de la Salud (COPSA). En caso de requerirlo, el CNSSS podrá citar a las organizaciones científicas, sindicales o técnicas necesarias para el soporte de sus debates.

**PARÁGRAFO 2. SECRETARÍA DE LA CRSSS.** La Secretaría de la CRSSS será ejercida por un profesional de la más alta calidad técnica, quien contará con todas las facilidades necesarias para el buen desempeño de sus funciones.

**PARÁGRAFO 3. SELECCIÓN Y PERIODO DE LOS MIEMBROS DE LA CRSSS.** Los miembros no gubernamentales tendrán un período de cuatro (4) años y podrán ser reelegidos por un periodo adicional.

**ARTÍCULO 7. PRESUPUESTO DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** Para garantizar la operación y realización de sus funciones, a partir de la vigencia de la presente Ley, la CRSSS dispondrá de presupuesto propio, el cual se obtendrá de las subcuentas del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), en la proporción que defina la CRSSS.

El monto del Presupuesto será fijado por la CRSSS en la misma reunión que apruebe el Presupuesto del FOSYGA; incluirá la remuneración de los Comisionados

y del Secretario Técnico de la CRSSSS y los costos de su funcionamiento.

**ARTÍCULO 8. FUNCIONES DE LA COMISIÓN DE REGULACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Además de las funciones establecidas en el artículo 172 de la Ley 100 de 1993, la CNSSS tendrá las siguientes funciones:

- 1) Dar concepto al Congreso de la República sobre el Plan de Salud para cada cuatrienio incluido en el Proyecto del Plan Nacional de Desarrollo dirigido a formular, adoptar, dirigir y coordinar la política nacional sobre Salud y Seguridad Social en Salud, estableciendo metas de cobertura y reducción de tasas de morbilidad y mortalidad.
- 2) Revisar, estudiar y dar concepto favorable al Estatuto Orgánico del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Sistema Único de Afiliación, Registro Único de Aportantes, Fondo para la Educación Médica de Postgrado y la Investigación y Fondo de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), presentado por el Gobierno Nacional.
- 3) Regular los monopolios en la prestación de los servicios de salud.
- 4) Promover la competencia entre las empresas aseguradoras a fin de ofrecer los mayores beneficios a la población asegurada.
- 5) Impedir la posición dominante de cualquiera de los sectores que conforman el SGSSS.
- 6) Preparar proyectos de ley para someter a la consideración del Gobierno.
- 7) Definir criterios de eficiencia y desarrollar indicadores y modelos para evaluar la gestión técnica, administrativa y financiera de las empresas que conforman el SGSSS.
- 8) Fijar normas de calidad para el SGSSS.
- 9) Establecer normas para la fijación de tarifas equitativas acordes con la idoneidad de los profesionales y la eficiencia y calidad de los servicios que presten las instituciones.
- 10) Ordenar la fusión de empresas cuando se demuestre que ello es indispensable para extender la cobertura o mejorar los servicios.
- 11) Ordenar la liquidación de empresas monopolísticas y otorgar a terceros el desarrollo de su actividad.
- 12) Impedir que las empresas que captan dineros del SGSSS adopten pactos contrarios a la libre competencia en perjuicio de los usuarios o de los prestadores de servicios.
- 13) Impedir la utilización de los recursos captados por el SGSSS para fines distintos a la ampliación de cobertura y superación de la calidad.
- 14) Señalar, de acuerdo con la ley, criterios generales sobre abuso de posición dominante en los contratos entre las empresas aseguradoras y las personas e instituciones prestadoras de servicios.
- 15) Discutir, analizar y aprobar o no los proyectos de

Acuerdo presentados por el Gobierno Nacional o por iniciativa de los miembros de la CRSSS.

- 16) Aprobar los proyectos de ampliación de cobertura del SGSSS, así como su ampliación a nuevas contingencias.
- 17) Definir las medidas para evitar la selección adversa de los usuarios del SGSSS por parte de las empresas administradoras de planes de beneficios y una distribución equitativa de los costos de los diferentes tipos de atención.
- 18) Velar por el cumplimiento de la prohibición de integración vertical, la limitación a la ampliación de la integración vertical que ya existe y la obligación para las IPS que pertenezcan directa o indirectamente a EPS, ARS y otras empresas administradoras de planes de beneficios, a contratar no menos del 50% de los servicios con IPS de redes externas (diferentes de sus propias redes).
- 19) Definir las tarifas de los servicios que prestan las IPS y los profesionales de la salud acordes con la idoneidad, eficiencia, calidad y disponibilidad de recursos tecnológicos.
- 20) Presentar al Gobierno Nacional proyectos de desarrollo legal y reglamentario de la presente Ley.
- 21) Aprobar el proyecto de presupuesto anual de funcionamiento de la CRSSS.
- 22) Aprobar el reglamento interno de honorarios y viáticos de la CRSSS.
- 23) Asignar y delegar funciones a los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud (CTRSSS).
- 24) Establecer cada año los criterios de distribución de los excedentes de la Subcuenta ECAT del FOSYGA.
- 25) Contratar estudios que sirvan de soporte técnico para las decisiones de la CRSSS.
- 26) Presentar ante el Congreso de la República, a través del Ministro de la Protección Social, un informe anual sobre el estado del SGSSS.
- 27) Constituir comisiones técnicas permanentes o temporales que generen la información necesaria para la definición de políticas y la toma de decisiones por la CRSSS.
- 28) Las demás que le asignen la Ley y los reglamentos.

#### **ARTÍCULO 9. SECRETARÍA TÉCNICA DE LA CRSSS.**

La CRSSS dispondrá de una Secretaría Técnica a cargo del presupuesto de la CRSSS, independiente de las Direcciones del Ministerio, con funciones específicas, la cual se encargará de obtener, preparar, clasificar, procesar y archivar la información y documentación requerida para las deliberaciones y funciones de la CRSSS. Así mismo, servirá de enlace entre el Ministerio y los miembros de la CRSSS, de apoyo técnico y logístico a los miembros de la CRSSS y será la encargada de la publicación de sus decisiones.

### **TÍTULO III DE LOS CONSEJOS TERRITORIALES**

#### **ARTÍCULO 10. CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (CTRSSS).** A partir de la fecha

de la vigencia la presente Ley, las CTRSSS en salud serán obligatorias en los niveles departamental, distrital y en las ciudades capitales; por tanto, las entidades territoriales de estos niveles que no lo hayan hecho. Estos Consejos Territoriales tendrán, en lo posible, análoga composición a la de la CRSSS, pero con la participación de las entidades o asociaciones del orden departamental, distrital o capital.

La CRSSS definirá las funciones de los Consejos Territoriales, tomando en cuenta que a los Consejos Territoriales les corresponde en el nivel territorial de su zona de influencia, adoptar y adaptar a su región las políticas nacionales e implementar las propias que consideren necesarias para la buena marcha de las instituciones y el desarrollo adecuado de las políticas públicas de salud, en armonía con el Plan Nacional de Salud.

**ARTÍCULO 11. SELECCIÓN, PERIODO, CARÁCTER, HONORARIOS Y FUNCIONES DE LOS REPRESENTANTES A LOS CONSEJOS TERRITORIALES DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.** La selección, período, carácter, honorarios y funciones de los CTSSS, serán definidos por la CRSSS en forma semejante a los establecidos para la CRSSS, aplicados al nivel seccional.

### **TÍTULO IV VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**

**ARTÍCULO 12.** La Superintendencia Nacional de Salud será un organismo adscrito a la Presidencia de la República, con personería jurídica, autonomía administrativa, patrimonio independiente y funcionamiento descentralizado.

**PARÁGRAFO.** Sus funciones serán las que define el Artículo 233 de la Ley 100 de 1993.

### **CAPÍTULO II TÍTULO V SALUD PÚBLICA**

**ARTÍCULO 13. RESPONSABILIDAD DEL ESTADO Y ELEMENTO DE SEGURIDAD HUMANA Y SEGURIDAD NACIONAL.** El Plan de Atención Básica de que trata el artículo 49 de la Constitución Nacional (la salud pública, los planes de vacunación masiva, el saneamiento ambiental, la atención de enfermedades como la fiebre amarilla, el dengue, el cólera, la lepra, la tuberculosis, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual, el SIDA y en general las enfermedades emergentes y reemergentes) será responsabilidad directa del Ministerio de la Protección Social y de las Secretarías de Salud territoriales en cuanto a promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Para su financiación se contará con recursos propios del Ministerio de la Protección Social y los de la Subcuenta respectiva del FOSYGA, así como el porcentaje de la UPC subsidiada que defina el CNSSS.

La CRSSS definirá con precisión las actividades obligatorias de promoción y prevención, no incluidas en el Plan de Atención Básica (PAB), que deben realizar las entidades administradoras de planes de beneficios, dirigidas a los afiliados como individuos, las cuales están comprendidas dentro del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

**PARÁGRAFO 1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.** Las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y todas aquellas establecidas en el PAB, serán prestadas a través de la red pública; a manera de excepción podrán ser contratadas con otras instituciones de reconocida idoneidad, previo concepto favorable del Consejo Territorial de Salud respectivo.

### CAPÍTULO III TÍTULO VI RED PÚBLICA DE SERVICIOS DE SALUD

**ARTÍCULO 14. FINANCIACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.** A partir de la vigencia de la presente Ley, los hospitales, puestos y centros de salud que formen parte de la red pública de servicios que se dediquen exclusivamente a la atención del primer nivel de complejidad o a las acciones de promoción y prevención y las contenidas en el Plan de Atención Básica, recibirán las asignaciones correspondientes a sus presupuestos de gastos por el sistema de subsidios de oferta con los recursos del Sistema General de Participaciones. Para el efecto, se establecerán planes de desempeño con la respectiva Secretaría de Salud que faciliten el control de gestión.

Los ingresos por venta de servicios que realicen estas instituciones por atención de pacientes del régimen contributivo o del subsidiado o por cualquier otro concepto, formarán parte de su presupuesto. Cada presupuesto establecerá metas en este sentido, según reglamentación del Ministerio de la Protección Social.

**ARTÍCULO 15. FINANCIACIÓN DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE II Y III NIVEL.** A partir de la vigencia de la presente Ley los hospitales de II y III nivel que formen parte de la red pública de servicios, no contemplados en el artículo anterior, se financiarán con recursos del Sistema General de Participaciones y recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, por el Sistema de pagos fijos globales prospectivos por atención de actividades finales en salud tanto para la población afiliada al régimen subsidiado, como para la población no afiliada al Sistema.

Los recursos de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA serán girados directamente por el administrador fiduciario a los prestadores públicos o privados, de acuerdo con los contratos realizados entre estos y las Secretarías de Salud que en adelante asumirán las funciones administrativas que hasta su liquidación desempeñaban las ARS,

incluida la contratación de prestación de servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado.

**ARTÍCULO 16. RECURSOS DE LA SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD DEL FOSYGA.** Los recursos destinados para la atención en salud en el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, no podrán ser congelados, retenidos, demorados ni modificada su destinación.

El FOSYGA no hará parte del presupuesto general de la nación pero si estará incluido en la contabilidad del gasto público social a que hace referencia el artículo 350 de la Constitución Política.

**PARÁGRAFO 1.** Financiación de la Subcuenta de Solidaridad del FOSYGA. Harán parte de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, con destino a la financiación del régimen subsidiado, los siguientes recursos:

- a. El punto de la cotización obligatoria que deben aportar los trabajadores afiliados al Régimen Contributivo, según lo dispuesto en los artículos 203 y 221 de la Ley 100 de 1993.
- b. El aporte de las Cajas de Compensación de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993. Estos recursos serán ejecutados directamente por las Cajas de Compensación, sin situación de fondos, cuando dicha entidad sea contratada para la administración del régimen subsidiado, de acuerdo con lo dispuesto en el parágrafo del artículo 20 de la presente Ley.
- c. Un aporte del Presupuesto Nacional que será equivalente al monto que generan los recursos de que tratan los literales a. y b. del presente artículo.
- d. Los recursos del Sistema General de Participaciones destinados a la atención de la población pobre que no es elegible para pertenecer al Régimen Contributivo.
- e. Los recursos provenientes del impuesto de remesas de utilidades de empresas petroleras correspondientes a la producción de las zonas petroleras de Cusiana y Cupiagua, así como a la de nuevos proyectos de hidrocarburos que se exploten a partir de la presente ley.
- f. Los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos.

**PARÁGRAFO 2.** Anualmente, en el Presupuesto General de la Nación, se incluirá la partida correspondiente a los aportes que debe hacer el Gobierno Nacional a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA en la vigencia inmediatamente anterior al de preparación y aprobación de la Ley de presupuesto ajustados con base en la variación del índice de precios al consumidor, certificado por el DANE. El Congreso de la República se abstendrá de dar trámite al proyecto de presupuesto que no incluya las partidas correspondientes.

Los funcionarios que no dispongan las apropiaciones y los giros oportunos incurrirán en causal de mala conducta que será sancionada con arreglo al régimen disciplinario vigente.

**PARÁGRAFO 3.** El Ministerio de Hacienda y Crédito Público, dentro de los tres (3) meses siguientes a la

vigencia de la presente Ley, preparará un plan de pagos a 5 años de los recursos del Régimen Subsidiado vigente, en cumplimiento de las sentencias de la Corte Constitucional sobre la materia.

**ARTÍCULO 17. RECURSOS PARA HOSPITALES PÚBLICOS.** En cada vigencia se destinará el 60% de los excedentes de las Subcuenta de ECAT del FOSYGA, para fortalecer la red nacional de urgencias y la red pública de servicios, con énfasis en los hospitales universitarios y docentes, de acuerdo con los criterios de distribución que establezca la CRSSS. De estos recursos, como mínimo, el 20% se destinará a inversión, modernización y actualización tecnológica.

## **TÍTULO VII PLAN OBLIGATORIO DE SALUD SUBSIDIADO**

**ARTÍCULO 18. CONTENIDO DEL PLAN DE SALUD SUBSIDIADO.** Con base en estudios técnicos realizados por el Ministerio de la Protección Social y con los nuevos recursos establecidos en la presente Ley, la CRSSS establecerá las medidas necesarias para garantizar la sostenibilidad de la población afiliada al régimen subsidiado y para ampliar progresivamente el contenido del POS subsidiado. Se incluirán actividades, intervenciones y procedimientos que correspondan al II y III nivel de complejidad, en tal forma que se dé pronto cumplimiento al propósito de un solo Plan de Beneficios en el Sistema. La CRSSS reajustará proporcionalmente el valor de la UPC respectiva.

**ARTÍCULO 19. SUBSIDIOS PARCIALES.** La CRSSS reglamentará los subsidios parciales para trabajadores independientes nivel III y nivel IV del SISBEN, financiando un porcentaje no inferior al 40% de la UPC en el primer caso y al 20% en el segundo.

A los entes territoriales que alcancen coberturas mayores al 90% de la población con NBI, podrán se les podrá cofinanciar programas de subsidios parciales.

## **TÍTULO VIII FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO**

**ARTÍCULO 20. NUEVAS FUNCIONES DE LAS SECRETARÍAS DE SALUD DEPARTAMENTALES, DISTRITALES Y CAPITALES.** 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.

Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital se encargarán de la "Sisbenización" y carnetización de los beneficiarios del régimen subsidiado; una vez cumplan con el requisito de afiliación, garantizarán a sus afiliados el plan de beneficios establecidos en el POS subsidiado, mediante contratación directa con la red

pública de servicios en un porcentaje no inferior al 60%, o con la red privada.

Las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital podrán disponer por costos de administración hasta del 7% del valor de las Unidades de Pago por Capitación Subsidiada que le correspondan, según lo establezca la CRSSS, tomando en cuenta el desarrollo desigual de las regiones.

Una vez perfeccionados los contratos entre las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital y los hospitales o los prestadores privados, el administrador fiduciario del FOSYGA girará un anticipo no inferior al 60% del valor del contrato y continuará girando en doceavas partes mensuales hasta su terminación, previa constancia de cumplimiento por parte de la Secretaría de Salud respectiva.

Los períodos de contratación serán de un año, a partir del 1 de abril de cada año, salvo, permiso expreso de la CRSSS en casos excepcionales.

**PARÁGRAFO 1.** En aquellos casos cuando a juicio de la CRSSS la Secretaría de Salud no esté capacitada para administrar el régimen subsidiado, se podrá delegar la administración en una Caja de Compensación Familiar de reconocida eficiencia, dentro de los mismos términos establecidos en la presente Ley.

**ARTÍCULO 21. TRASPASO DE LOS ACTUALES AFILIADOS A LAS ARS.** Previo concepto favorable de la CRSSS, el Ministerio de la Protección Social establecerá el traspaso de los afiliados actuales de las ARS a las Cajas de Compensación Familiar y a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital, tomando en cuenta los períodos de contratación y, en todo caso, garantizando la continuidad de la atención de los usuarios.

**ARTÍCULO 22. PROCESO DE LIQUIDACIÓN DE LAS ARS.** La Superintendencia Nacional de Salud se encargará del proceso de liquidación de las actuales ARS, tomando en cuenta los períodos de contratación y reconociendo el valor proporcional de las Unidades de Pago hasta el día del traslado a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Capital. El traslado de estos afiliados no podrá exceder del término del período de contratación correspondiente al año 2004. El Ministerio de la Protección Social reglamentará las medidas correspondientes.

En el proceso de liquidación de las ARS, el Ministerio de la Protección Social establecerá por Decreto medidas tendientes a excluir de la masa de liquidación y honrar las deudas del régimen subsidiado correspondientes a servicios de salud prestados por IPS o por profesionales de la salud.

## **CAPÍTULO IV TÍTULO IX RÉGIMEN CONTRIBUTIVO**

**ARTÍCULO 23. PERÍODO DE TRANSICIÓN PARA EL ISS.** Durante un período de tiempo, transitorio y definido

de tres (3) 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. Esta circunstancia no excluirá la responsabilidad de compensar; durante el tiempo previsto como transitorio, se adecuarán los procesos para modernizar el sistema de información. El período de transición cumplirá el doble propósito de: (1) favorecer la liquidez operativa para garantizar la prestación de los servicios, el pago oportuno a las ESE y a los proveedores y, (2) corregir los problemas del sistema de información y compensación.

**PARÁGRAFO 1.** Durante el período de transición definido en el presente artículo, el ISS presentará informes semestrales a la CRSSS y a la Superintendencia Nacional de Salud, sobre los avances obtenidos en los objetivos propuestos.

**ARTÍCULO 24. FONDO NACIONAL DE ASEGURAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO (FEAC).** Una vez definidas por el CNSSS cada una de las patologías reconocidas como de alto costo, dentro del término de seis (6) meses a partir de la vigencia de la presente Ley; el Ministerio de la Protección Social pondrá en funcionamiento el Fondo Nacional de Enfermedades de Alto Costo (FEAC), como una quinta subcuenta del FOSYGA, que se encargará de asegurar el valor de los tratamientos de dichas patologías a todos los afiliados al SGSSS. La subcuenta de aseguramiento de enfermedades de alto costo contará con los siguientes recursos:

- 1) El porcentaje de la UPC del régimen contributivo determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Compensación.
- 2) El porcentaje de la UPC del régimen subsidiado determinado por el CNSSS en la misma reunión que se establezca el valor de la UPC respectiva para cada vigencia; porcentaje que se descontará mensualmente por el administrador fiduciario de la Subcuenta de Solidaridad.
- 3) Los rendimientos financieros de la subcuenta de compensación provenientes del recaudo nacional de los aportes de los afiliados del régimen contributivo.
- 4) Los rendimientos financieros que produzca la administración de los citados recursos.

La CRSSS hará los ajustes correspondientes del valor de la UPC y del POS. En todo caso las entidades administradoras de planes de beneficios responderán por el aseguramiento de las patologías de alto costo y cobrarán al FEAC los costos de los tratamientos, según las tarifas definidas por la CRSSS de proyecto presentado por el Ministerio de la Protección Social.

**ARTÍCULO 25.** El Ministerio de la Protección Social reglamentará dentro de los seis meses siguientes a la

expedición de la presente Ley los criterios de habilitación o acreditación de las entidades administradoras de planes de beneficios. Los criterios para su habilitación o acreditación incluirán los mínimos de capital, solidez, solvencia proporcional al número de afiliados, reservas, patrimonio, sistema de información, red de servicios y comportamiento de la cartera con los prestadores de servicios.

**ARTÍCULO 26.** Las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán prestar en forma directa, ni a través de terceros, 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.

## CAPÍTULO V TÍTULO X DISPOSICIONES GENERALES

**ARTÍCULO 27. NATURALEZA DE LA MEDICINA.** La medicina es la ciencia, arte y profesión que reúne el conjunto de conocimientos científicos y procedimientos técnicos para aplicarlos en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, en la terapéutica y rehabilitación del ser humano y procurar el mejoramiento de la salud individual y colectiva, sin distingo alguno de razas o credos religiosos o políticos.

Es de su esencia el respeto a la dignidad de la persona humana, en la vida y en la muerte. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones éticas, humanísticas y humanitarias que le son inherentes.

**ARTÍCULO 28. DEL ACTO MÉDICO.** El acto médico es el conjunto de acciones producto de los conocimientos propios de la medicina que, aplicados por el médico debidamente autorizado para ejercer la profesión, se orientan a la promoción de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la enfermedad y readaptación laboral del ser humano, en actividad interdisciplinaria con todos los profesionales del área de la salud y ciencias afines.

El acto médico es una actividad intelectual y autónoma, de aplicación del conociendo y del buen juicio clínico, en un marco de estricto profesionalismo y compromiso ético, para la recuperación del enfermo. Es una forma especial de relación entre personas en la cual se concreta la relación médico-paciente. Por lo tanto, es una forma especial de contrato denominado de asistencia médica, el cual genera obligaciones de medios, mas no de resultados.

**ARTÍCULO 29. AUTONOMÍA EN EL EJERCICIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.** Las EPS, IPS públicas o privadas, las Secretarías Territoriales de Salud y todos los componentes del SGSSS, respetarán la autonomía de

los profesionales de la salud respecto a su ejercicio; la CRSSS y la Superintendencia Nacional de Salud velarán con especial interés por el cumplimiento de esta norma.

Serán practicas 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.

**PARÁGRAFO 1. EL TIEMPO NECESARIO PARA LAS ACTIVIDADES INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS EN SALUD.** Los tiempos de la actividad asistencial de los profesionales de la salud estarán sujetos a estándares internacionales y pueden ser contextualizados racionalmente sin constreñir la autonomía del profesional, según concepto de los respectivos Tribunales Nacional y Seccionales de Ética.

En todo caso, el profesional de la salud dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su estado de salud e indicar los exámenes e interconsultas indispensables para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente. Para ello, dispondrá, como mínimo, en los servicios de consulta externa programada, de veinte (20) minutos por cada paciente, o más en casos especiales como las consultas de Psiquiatría y Psicología y de otras especialidades. Dispondrá de por lo menos una (1) hora cuando se trate de pacientes que acuden por primera vez.

**ARTÍCULO 30. DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA.** Entiéndase como tal la aplicación del conjunto de medios orientados por el conocimiento y el buen juicio clínico del profesional, cuyo fin es la promoción de la salud, el diagnóstico precoz, la terapéutica y rehabilitación del ser humano y el mejoramiento de la salud individual y colectiva, sin distingo alguno. El profesional pondrá el empeño, diligencia, pericia, conocimiento, prudencia y cuidado para una correcta ejecución del acto médico, conforme a las normas de excelencia evaluadas de acuerdo con las circunstancias de modo, tiempo y lugar, y a la disponibilidad de recursos (estado del arte o "*lex artis*").

Las entidades administradoras de planes de beneficios no podrán tener directorios cerrados de médicos y profesionales de la salud, sino que brindarán al asegurado la libre escogencia del médico, profesional de la salud o de la IPS.

**ARTÍCULO 31. CONSENTIMIENTO INFORMADO.** Excepto en los casos de urgencias o en los que no fuere posible la realización de procedimientos quirúrgicos o tratamientos médicos convencionales por las condiciones clínicas del paciente, el profesional de la salud tratante deberá informar al enfermo, o a sus familiares más cercanos, o a sus representantes legales, acerca de los riesgos y eventuales complicaciones previstas, de acuerdo con el

estado del paciente y los medios disponibles para su atención; información que quedará consignada en documento firmado por las partes ante testigos.

Cuando el procedimiento se deba realizar en un menor, el consentimiento otorgado por sus padres o representantes legales, será válido siempre y cuando se trate de consentimiento cualificado y persistente (libre, consciente, expreso, claro y con comprensión de posibilidades, límites y riesgos) y que se respete la garantía de los derechos a la vida, la integridad personal, la autonomía y el libre desarrollo de la personalidad.

Será válido el consentimiento informado otorgado por el menor adulto, siempre que su decisión no comprometa de manera grave su vida o integridad personal.

**PARÁGRAFO.** Del consentimiento informado debe quedar constancia escrita y debidamente firmada por las partes.

**ARTÍCULO 32 DE LAS CONDICIONES PARA EL EJERCICIO.** 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. En caso de que no se cumplan esas condiciones mínimas, podrá abstenerse de prestar el servicio, siempre y cuando no se trate de un caso de urgencia médica o quirúrgica, e informar de ello a las instancias de control interno de las instituciones correspondientes, sin que por ello se le pueda menoscabar en sus derechos o imponer sanciones.

**ARTÍCULO 33. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y PRODUCCIÓN DE BIOLÓGICOS.** Estas acciones, de capital importancia en la salud pública, continuarán primordialmente a cargo del Instituto Nacional de Salud, que será fortalecido mediante suficientes asignaciones presupuestales y el mantenimiento de su autonomía científica y administrativa que garanticen la más alta idoneidad de sus profesionales.

**PARÁGRAFO.** El SGSSS creará un Fondo de Educación Médica de Postgrado e Investigación a modo de subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), bajo la dirección de la Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud, con la contribución económica pero sin interferencia de las entidades administradoras de planes de beneficios, con la asesoría y colaboración de la Academia Nacional de Medicina, ASCOFAME, ICETEX y COLCIENCIAS.

**ARTÍCULO 34. PATRIMONIOS AUTÓNOMOS.** Los recursos que ingresan a las EPS, ARS y ARP y los que se generen por concepto de intereses, dividendos o cualquier otro ingreso derivado de ellos constituyen un patrimonio autónomo, propiedad del SGSSS que sólo puede ser reinvertido en mejoramiento y ampliación de los servicios, actualización tecnológica, capacitación o investigación. Los patrimonios autónomos estarán bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

**ARTÍCULO 35- LIBRE ESCOGENCIA POR PARTE DEL USUARIO.** Los usuarios del SGSSS tendrán absoluta libertad para escoger su afiliación a una entidad administradora de planes de beneficios. La libre escogencia es un elemento fundamental en el ejercicio de las profesiones liberales, como lo es la medicina, y un factor determinante para estimular la calidad de la atención. Por esta razón, las entidades administradoras de planes de beneficios mantendrán directorios abiertos de profesionales y de instituciones prestadoras de servicios.

## TÍTULO XI RECONOCIMIENTO ECONÓMICO

**ARTÍCULO 36. DE LA REMUNERACIÓN.** Los profesionales de la salud tienen derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio de estos profesionales sólo lo beneficiarán a él o ella y a quien reciba la atención, pero nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente. Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el profesional de la salud recibirá una remuneración u honorarios dignos y equitativos, acordes con su formación curricular, conocimientos científicos y la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir.

El valor de la remuneración del profesional de la salud no incluye los costos de la infraestructura física y técnica, administrativos o gerenciales, los cuales deberán ser asumidos y pagados de manera adicional por quién corresponda.

**PARÁGRAFO 1. DE LAS TARIFAS MÍNIMAS.** Las tarifas de honorarios mínimos producto del ejercicio de la medicina serán presentadas para su aprobación a la CRSSS, previa elaboración de un proyecto entre el Gobierno Nacional, el Colegio Médico Colombiano, la Federación Médica Colombiana, las Asociaciones Científicas de Especialidades y la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI); para las demás profesiones de la Salud las tarifas, se acordarán entre los dos primeros y la Confederación de Profesionales de la Salud (COPSA).

Estas tarifas mínimas son de cumplimiento obligatorio por parte de los aseguradores y entidades que contraten servicios de salud, bajo la veeduría de la Superintendencia Nacional de Salud.

**PARÁGRAFO 2. RELACIÓN PRIVADA.** Si se trata de relación contractual privada o particular, los honorarios profesionales se fijarán de común acuerdo entre el profesional de la salud y el paciente, sus familiares o representantes legales.

## TÍTULO XII RACIONALIZACIÓN DEL NÚMERO DE FACULTADES DE MEDICINA Y DE CIENCIAS DE LA SALUD

### **ARTÍCULO 37. RACIONALIZACIÓN DEL NÚMERO DE FACULTADES DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD.**

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 la Protección Social y ASCO-FAME, 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.

**PARÁGRAFO.** El Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación reforzarán en forma estricta el cumplimiento de las condiciones mínimas de calidad de que trata el decreto 2566 de 2003 en todas las facultades de medicina que funcionan en el país, y el Gobierno Nacional procederá a clausurar aquellas que no cumplan la totalidad de tales requisitos.

**ARTÍCULO 38. VIGENCIA.** La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación, deroga todas las disposiciones que le sean contrarias, reforma en lo pertinente las normas sobre los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular las Leyes 14 de 1962 y 100 de 1993.

## Exposición de motivos del Proyecto de Ley 033 de 2004

“Por el cual se introducen modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y se dictan otras disposiciones respecto al fortalecimiento del ejercicio de las profesiones de la salud”

### 1. Preámbulo

La Constitución de la República de Colombia en su Artículo 49 consagra como un derecho social la atención de la

Salud para todos los colombianos y establece la responsabilidad del Estado para su provisión como un servicio público y la potestad de regular su prestación por entidades privadas. La salud pública, además de ser una responsa-

bilidad del Estado, es un elemento de seguridad humana y de seguridad nacional.

La Ley 100 de 1993 define los principios de universalidad, equidad, solidaridad y eficiencia en la atención de la Salud y la seguridad social, pero deja la organización de la prestación de los servicios sujeta a las fuerzas del mercado, al institucionalizar las empresas intermediarias con ánimo de lucro, lo cual ha conducido a una discrepancia entre el marco filosófico enunciado y la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). De esta manera, la reforma ha sido implementada con un enfoque basado en un libre mercado imperfecto, asimétrico y precariamente controlado.

Las consecuencias de esta contradicción entre los loables principios sociales en que se inspira la Ley 100 y su ejecución a través de un sistema administrativo que impide su ejercicio pleno, por introducir elementos que mercantilizan el derecho a la atención de la salud, han sido muy graves en términos de baja cobertura y calidad de la atención médica y en una elevada acumulación de recursos financieros en las empresas intermediarias.

El organismo que debe regular y controlar las distorsiones de la ley, la Superintendencia Nacional de Salud, no cuenta con los recursos suficientes ni con la autonomía ni la capacidad para ejercer un adecuado control y una efectiva regulación que pueda garantizar la equidad y evitar las marcadas distorsiones en el SGSSS.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CRSSS) ha funcionado en forma inadecuada y ha fallado en cuanto a abordar y corregir los serios problemas que se han presentado con la implementación de la Ley 100 de 1993. Conviene contemplar la creación de una **Comisión de Regulación de la Seguridad Social en Salud** (CRSSS) que reemplace al CNSSS, adscrita al Ministerio de la Protección Social pero que tenga autonomía e independencia administrativa, técnica y patrimonial, tal como lo establece la Ley 142 de 1994. La Ley 142 de 1994 establece que la función principal de las Comisiones de Regulación es impedir los monopolios en la prestación de los servicios públicos, fijar normas de calidad, establecer normas para la fijación de tarifas, ordenar la liquidación de empresas monopolísticas y señalar criterios generales sobre abuso de posición dominante, la protección de los derechos del usuario y demás asuntos relativos a la relación de la empresa con el usuario. La CRSSS velará por corregir la perniciosa posición dominante de los intermediarios aseguradores frente a las instituciones y personas que prestan servicios de salud.

Para el debido cumplimiento de lo anterior, el presente proyecto de ley contempla la profesionalización de la función rectora del SGSSS, para lo cual propone la conformación de la CRSSS con un número racional de miembros provenientes del gobierno y de los sectores que conforman el SGSSS.

Al cumplirse la primera década de la Reforma de la Salud en Colombia, es oportuno realizar su balance político, social y económico, para introducir los ajustes estructu-

rales necesarios. Aun cuando el gran reto de la Reforma fue la universalización de la cobertura, hoy, diez años después, hay cerca de veinte millones de compatriotas que carecen de protección. Este segmento de la población, denominado de los "vinculados", debe buscar su atención en la red pública hospitalaria, red que se encuentra casi paralizada por una crisis sin precedentes.

También se estableció en 1993 que el mercado y la competencia generarían calidad y eficiencia; pero la práctica ha demostrado, con dolorosas evidencias, que nadie compete por atender al que no tiene con qué pagar, ni por los consumidores crónicos de servicios de salud como hoy, peyorativamente, se denomina a los enfermos con padecimientos degenerativos o enfermedades que demanden altos costos en su tratamiento. Paradójicamente, ellos son quienes más necesitan los servicios.

Al lado de los logros de potencial impacto social en términos de ampliación de la cobertura y facilidad de acceso, aparece evidente una debilidad en los aspectos técnicos y científicos de la atención, lo cual se traduce en deterioro de la calidad, como lo han demostrado estudios realizados por la Academia Nacional de Medicina.

Además, en el Régimen Subsidiado se encuentra una gran dificultad en la atención por parte de los hospitales públicos, los cuales afrontan una crisis sin antecedentes en la historia del país.

Como consecuencia de la inadecuada implementación de la Ley 100, el acto terapéutico, que es la actividad central en la prestación de la atención de la salud, ha perdido su calidad profesional y ética, puesto que se ha reducido a ser un insumo más, equiparable al gasto en materiales de curación o a otro cualquiera de naturaleza puramente administrativa. En este sentido, el acto terapéutico ha quedado bajo el control gerencial de la empresa que presta el servicio y se rige únicamente por estrechas metas de contención de costos.

Existe creciente malestar en el cuerpo médico y en el personal de la salud, que va más allá del aspecto económico individual, en cuanto a la emergencia de un claro fenómeno de desprofesionalización de la Medicina, con pérdida de la autonomía en la toma de decisiones clínicas y la carencia de programas de capacitación, de investigación y de soporte bibliográfico y documental para el profesional de la salud. El resultado de este proceso es un ominoso panorama de destrucción de la medicina como profesión y como ciencia para convertirla en un oficio al servicio de las entidades intermediarias que administran los planes de beneficios.

Un sistema de salud necesariamente debe invertir en la formación y capacitación de su recurso humano. Colombia es tal vez el único país del mundo donde los médicos internos y residentes, que con su trabajo ahorran grandes sumas a los hospitales, tienen que pagar matrícula durante su capacitación de postgrado. El SGSSS debe apropiarse *recursos de inversión* para el adiestramiento y capacitación del personal que luego va a tener a su cargo la atención de sus afiliados.

La medicina es fundamentalmente una actividad intelectual y posee un creciente cuerpo de conocimiento científico. Éste es el capital intelectual de la medicina. El SGSSS ha desconocido en forma absoluta la necesidad de fortalecer y enriquecer el capital intelectual de la medicina como un *factor determinante principal de la calidad de la atención*. Por el contrario, la actual operación del SGSSS causa hondo perjuicio a la medicina, minando su estructura como ciencia y como profesión. La medicina colombiana se enfrenta a un oscuro panorama de deterioro de sus valores y de su capital científico e intelectual.

Increíblemente, al cumplirse diez años de promulgada la Ley 100 de diciembre de 1993, el SGSSS carece, como lo ha denunciado la Academia Nacional de Medicina, de un sistema de información. El acto médico y el del profesional de la salud son la esencia de la labor en cualquier servicio de salud: son un encuentro de carácter científico y humanitario entre el paciente y el médico, y sobre ellos se construye el proceso de diagnóstico y de toma de decisiones terapéuticas. Dichos actos médicos se fundamentan en el manejo adecuado de la información. Un servicio de salud, así como un programa de medicina preventiva y de salud pública, son también, en esencia, sistemas de información. La calidad y la efectividad del acto médico dependen en gran parte de la disponibilidad inmediata y de fácil acceso a documentación científica pertinente, la cual es inexistente en la actualidad. Ciertamente, el desarrollo de la reforma no se ha acompañado de esfuerzos proporcionales por estimular la investigación, las publicaciones científicas, ni el desarrollo de sistemas de información clínica y estadística para determinar niveles de calidad y planear la innovación de las estructuras y los servicios.

*Son muy diversas las voces e interpretaciones acerca del sentido, los alcances y los aciertos y desaciertos de la Ley 100 de seguridad social en Colombia. Ellas expresan desde la posición de defensores a ultranza<sup>1,2</sup> o defensores con observaciones críticas<sup>3</sup>, pasando por informes de diferentes comisiones de análisis y evaluación<sup>4,5</sup>, por las expresiones de académicos y profesionales<sup>6</sup>, hasta la posición francamente crítica de diferentes analistas, gremios y salubristas<sup>7,8,9</sup>.*

Mirando el panorama en conjunto, se puede concluir que la Ley 100 de 1993 no parece ser un modelo a copiar ni tampoco un proyecto a satanizar. En lugar de apostar a su fracaso, en este Proyecto de Ley se pretende retomar sus principios y construir nuevas propuestas en la medida de las necesidades y posibilidades del país.

El presente Proyecto de Ley propone la corrección de las contradicciones y fallas en la ejecución de la Ley 100 de 1993 y busca restablecer la función irrenunciable del Estado en la organización de un sistema de provisión de la atención de la Salud que sea compatible con lo establecido en la Constitución y con los principios democráticos que la inspiran.

## 2. Marco Jurídico

### 2.1 Constitución Nacional

El artículo 48 de la CN determina el concepto de seguridad social e introduce la participación de los particulares en la prestación de los servicios:

*"La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los colombianos el derecho irrenunciable a la seguridad social. El Estado con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que lo determine la Ley. La seguridad social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley".*

*"No se podrán utilizar los recursos de las instituciones de seguridad social para fines diferentes a Ella. La Ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante"*

El artículo 49 de la CN establece:

*"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al*

<sup>1</sup> Londoño, Juan Luis. *Qué sigue después de la Ley 100?* En: Franco S. (editor). *La Salud Pública Hoy*. 435 - 448. Universidad Nacional de Colombia, marzo 2003.

<sup>2</sup> Londoño, J.L., Frenk, J. "Structured Pluralism: towards an innovative model for Health System Reform in Latin America". *Health Policy*, vol.41.p:1-36. 1997.

<sup>3</sup> Castaño, R.A., Arbeláez J.J., Giedion U., Morales L.G.. *Evolución de la equidad en el Sistema Colombiano de Salud*. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo. CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile, mayo de 2001.

<sup>4</sup> República de Colombia. Ministerio de Salud. Programa Universidad de Harvard. *La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro de implementación*. Informe Final. Santafé de Bogotá, abril de 1996.

<sup>5</sup> ASALUD, Fundación Corona, FES, FESCOL. *Ley Cien: cuatro años de implementación*. Santafé de Bogotá, septiembre de 1998.

<sup>6</sup> Academia Nacional de Medicina. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. I y II*, Santafé de Bogotá, febrero de 1999 y 2002.

<sup>7</sup> Franco, S. *La reforma a la seguridad social en salud en Colombia: una Mirada desde la salud pública*. Documento presentado en la X Conferencia Nacional de Salud de Brasil. Brasilia, septiembre de 1996..

<sup>8</sup> De Curra, V. Hernández, M. Paredes, N. Provea. *La salud está grave: una visión desde los derechos humanos*. Ediciones Ántropos, Santafé de Bogotá, mayo, 2000.

<sup>9</sup> Restrepo Z.J. "El seguro de salud en Colombia: cobertura universal?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. v 1, No 2:25-40. Pontificia Universidad Javeriana, septiembre 2002.

*Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de los servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.*

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

Se debe destacar del mandato constitucional, el capítulo sobre la finalidad social del Estado y de los servicios públicos como dice el artículo 365:

*“Los servicios públicos son inherentes a la finalidad social del Estado. Es deber del Estado asegurar su prestación eficiente a todos los habitantes del territorio nacional.”*

Y el artículo 366:

*“El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son las finalidades sociales del Estado. Será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable.”*

*“Para tales efectos, en los planes y presupuestos de la nación y de las entidades territoriales, el gasto público social tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.”*

## 2.2 Ley 100 de 1993

La Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social, conformado por el Sistema General de Pensiones, el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema de Riesgos Profesionales y los Servicios Sociales Complementarios.

El SGSSS incluye el Plan de Atención Básica (PAB), el Plan Obligatorio de Salud (POS) con sus dos regímenes, Subsidiado y Contributivo, y la protección frente a los Accidentes de Tránsito, Desastres Naturales y Terrorismo (ECAT). Las personas de mayor capacidad económica pueden adquirir con cargo a sus propios recursos, los Planes Adicionales de Salud (PAS) que pueden cubrir todo o parte de aquello que no está incluido en el POS.

El SGSSS es administrado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo y por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan la prestación directa de los servicios con las

Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), propias o externas, públicas o privadas, y con los hospitales públicos, hoy convertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Dentro de los objetivos del SGSSS estaba la cobertura universal de todos los colombianos para el año 2001 en todos los niveles de complejidad (artículo 151 de la Ley 100, subrayado). Este objetivo fundamental, es la razón de ser del SGSSS, que aún está lejos de cumplirse, porque en la actualidad existen cerca de 20 millones de compatriotas sin protección específica en salud, como lo demuestra el siguiente cuadro de cobertura<sup>10</sup>. Por ello, se hace necesario impulsar las medidas expuestas en el presente Proyecto para lograr tal objetivo.

**TABLA 1.  
COBERTURA DEL SGSSS PARA DICIEMBRE DE 2002**

POBLACION	HABITANTES
Población Total	44'500.000
Afiliada Régimen Contributivo	13'165.463
Afiliada Régimen Subsidiado.	11'444.003
Sin Seguridad Social (45%)	19'890.534
Población NBI 2003	16'680.692
Población pobre sin aseguramiento	5'236.689
Población a cargo de entidades territoriales. Entre:	5'236.689 – 19'890.534

Lo verdaderamente preocupante es la población no afiliada, cerca de 20 millones de colombianos, que no tienen empleo ni recursos suficientes para afiliarse a una EPS, sin llegar a ser tan extremadamente pobres como para merecer el subsidio que les permita afiliarse a una ARS. Los no afiliados carecen de un sistema específico de protección en salud y se han convertido en sujetos de discriminación por parte del SGSSS.

La Ley 100 de 1993, ratificada en el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 812 de 2003), ordenó el cambio total del financiamiento de los hospitales públicos al suprimir progresivamente los recursos de oferta y transformarlos en recursos de demanda. Es decir, en lo sucesivo los hospitales públicos no dispondrán de un presupuesto propio, sino que dependerán de la facturación y compraventa de servicios. Sin embargo, conservan la obligación constitucional de garantizar la atención de los no afiliados (19'890.534 habitantes) y de los eventos no incluidos en el POS, sin que para ello dispongan de recursos específicos. El proyecto busca fuentes de recursos para garantizar este propósito.

<sup>10</sup> CNSSS. Informe a las Comisiones VII del Congreso de la República, 2002 – 2003.

### 3. Otras señales de alarma en el SGSSS

#### 3.1 Salud Pública

Si existe un indicador que mida la eficacia de un sistema de salud, lo es por excelencia la incidencia de las

enfermedades de interés en salud pública: si el sistema es bueno, estas enfermedades deberán disminuir y, si, al contrario, la salud pública desmejora, el sistema de salud debería ser reevaluado. Esto es lo que debe hacerse en nuestro país. Veamos los principales indicadores, que hablan por sí solos<sup>11</sup>:

**TABLA 2.**

Dinámica de la población (Estimaciones para el 2002)		
Tasa global de fecundidad por mujer		2,6
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad		79,5
Media anual de nacimientos		979,260
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes)		22,4
Media anual de defunciones		239,903
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes		4,44
Tasa de mortalidad infantil estimada por 100 nacidos vivos		25,6
Esperanza de vida al nacer (años)	TOTAL	72,2
	Hombres	69,2
	Mujeres	75,3
Número de personas desplazadas por la violencia en el 2001		341,925

**TABLA 3**

FACTORES DE RIESGO		
Proporción de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos)		7,0%
Prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años	TOTAL	6,7%
	Hombres	6,6%
	Mujeres	6,9%
Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses		11,6%
Índice de dientes cariados, perdidos y obturados a los 12 años		2,3%
Prevalencia de hipertensión arterial		12,3%
Prevalencia de diabetes mellitus tipo II		2,0%
Prevalencia de sobrepeso en la población según índice de masa corporal	TOTAL	5,5%
	Hombres	4,6%
	Mujeres	6,4%
Prevalencia de tabaquismo	TOTAL	18,9%
	Hombres	26,8%
	Mujeres	11,3%
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil		52,8%
Proporción de mujeres entre 25 y 69 años con citología cervicouterina en los últimos tres años		68,4%

<sup>11</sup> OPS/OMS/Ministerio de Salud. Indicadores Básicos 2000.

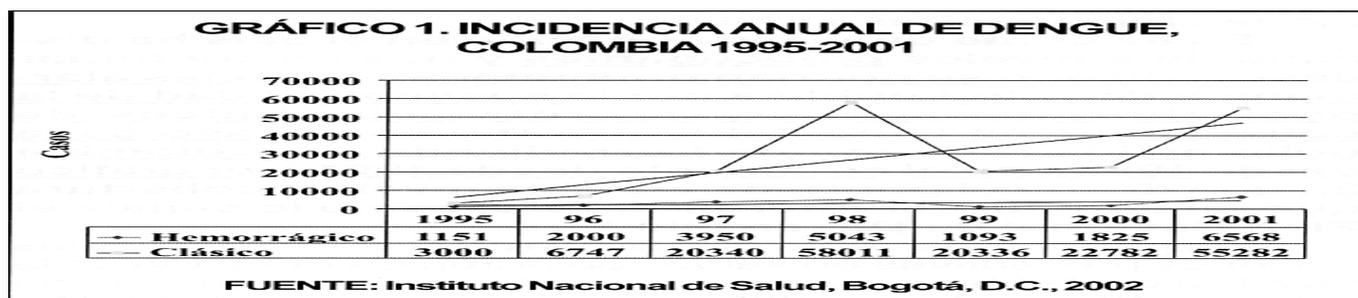
**TABLA 4**

ACCESO A SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS	
Proporción de población con cobertura de acueducto en el 2000	94,8%
Población urbana beneficiada con conexión a acueducto	96,5%
Población rural beneficiada con conexión a acueducto	27,3%
Proporción de población con agua de buena calidad en 1998	70,0%
Proporción de población con acceso a servicios de eliminación de excretas en el 2000	87,3%
Cobertura de alcantarillado en cabeceras de eliminación	87,3%
Proporción de población urbana con servicio de recolección de basura en 1998	84,2%

**TABLA 5**

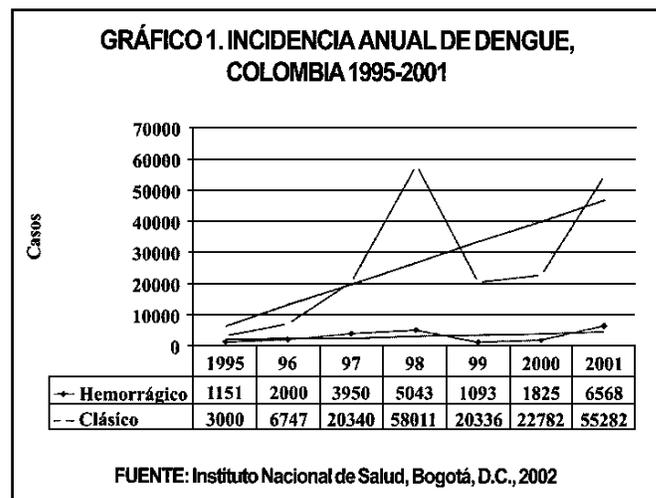
COBERTURAS DE VACUNACIÓN 2001		
Niños menores de 1 año con esquema completo de vacunación	DPT	77,8%
	Anti poliomelítica	80,5%
	BCCS	84,8%
	Anti hepatitis B	78,1%
	Anti haemophilus influenzae tipo B	83,6%
Niños de 1 año con esquema completo de Triple Viral	88,5%	

**TABLA 5**



Varias patologías infecciosas se han expandido de manera preocupante. Revisando fuentes oficiales<sup>12</sup> se obtienen datos como los siguientes, para el quinquenio 1996 – 2000: se registró un promedio anual en el quinquenio de 30.232 casos de Dengue Clásico, con una tasa a mitad de período de 75.6 por 100.000 habitantes. Más preocupante aún, mientras antes de la Reforma el número de casos de Dengue había permanecido relativamente constante, después de 1994 se ha mostrado una tendencia ascendente, en parte debido a la disminución de actividades de control de vectores. Esta es una actividad de de Salud Pública que se debe ejecutar como actividad primordial y prioritaria (ver gráfico 1).

De Dengue Hemorrágico se registra un promedio anual de 2.758 casos. En Colombia hacía cerca de 30 años que no se presentaban brotes de fiebre amarilla; sin embargo, en el presente año se han presentado un total de 21 casos De sarampión: 3672 casos sospechosos. La tasa promedio de Tuberculosis Pulmonar fue de 12 por 100.000. El promedio número anual de casos de Malaria ya llega a los 150.000-200.000, con una marcada tendencia al ascenso desde 1994 (ver gráfico 2), la mitad de los casos por Plasmodium falciparum, siendo también una consecuencia de la disminución de actividades de salud pública tales como

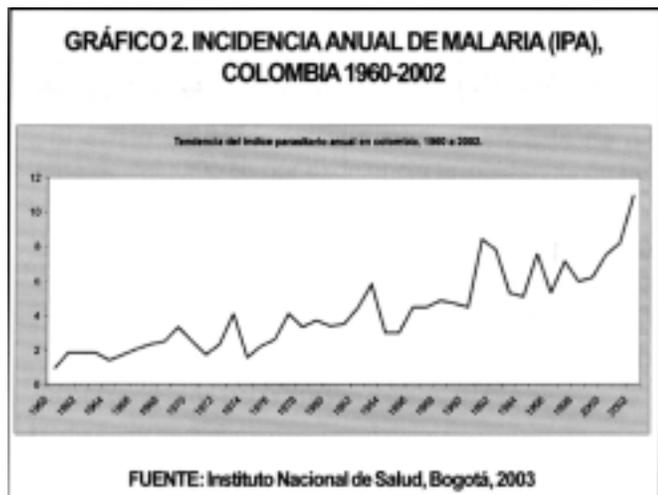


control del vector, acciones de diagnóstico precoz y tratamiento en el primer nivel de atención, en particular en áreas rurales.

Según informe de la Organización Panamericana de la Salud<sup>13</sup> del año 2001, las coberturas nacionales de inmunización en niños menores de un año sólo

<sup>12</sup> Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Salud. Informe epidemiológico nacional. Bogotá. Revisión de los números correspondientes a la primera quincena de enero de 1997,1998, 1999, 2000 y 2001.

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. Situación de salud en las Américas. Indicadores básicos 2000. Washington, 2001.



aventajan en la región a las de Haití y Paraguay. Todos los demás países tienen una situación de vacunación mejor que la de Colombia. Para 1999, según la misma Organización, en sarampión sólo se tenía cubierto al 76% de los niños, con BCG al 79% y con la triple DPT al 81%. Diez años antes, en 1989 la cobertura antituberculosa había llegado hasta el 94% de la población, mientras las dos restantes inmunizaciones tenían cifras similares<sup>14</sup>.

Es evidente que la vacunación en el país ha disminuido a niveles preocupantes y que de continuar descendiendo se podrían presentar situaciones alarmantes de salud pública por la susceptibilidad de la población que conduce a brotes epidémicos de consecuencias lamentables, como es el caso de la poliomeilitis, enfermedad erradicada en Colombia desde 1989 y en el continente desde 1991 (ver gráfico 3), que desde el punto de vista de nivel de cobertura que no debería ser inferior al 95%, como lo señala el Plan Nacional de Desarrollo<sup>15</sup>.

Un hecho fehaciente que confirma el abandono de las acciones preventivas en salud con la implementación de la Ley 100 de 1993 es la epidemia de fiebre amarilla, que ha cobrado 48 muertes en 2003 y lo que va corrido de 2004.

En este campo el Proyecto propone que el Ministerio de la Protección Social y las Secretarías Seccionales retomen el manejo de la salud pública por ser de interés general y no sea limitado a los afiliados al SGSSS. Ésto, sin perjuicio de las acciones individuales de promoción y prevención que corresponden a las ARS y EPS y que han sido extremadamente defectuosas.

También ha sido motivo de honda preocupación la carencia de sueros antiofidicos de especies nativas, que hasta hace poco, como en el caso de la vacuna contra la fiebre amarilla, eran producidos con reconocimiento internacional de alta calidad por el Instituto Nacional de Salud.

El Instituto Nacional de Salud ha sufrido un grave deterioro en su estructura financiera, lo cual incide negativamente sobre el desarrollo de la investigación científica, la producción de biológicos y su capacidad de control de la calidad de los laboratorios clínicos del país.

### 3.2 Operación del Régimen Subsidiado

Actualmente los recursos del régimen subsidiado son girados desde el Ministerio de la Protección Social (FOSYGA, FISCALUD) a los gobernadores, éstos a los alcaldes, quienes a su vez contratan con las Administradoras (ARS), y ellas contratan los servicios con las IPS (clínicas privadas u hospitales). En este proceso tan complejo se pierden o se desvían los recursos de la salud: en el mejor de los casos los pagos demoran hasta 180 días en promedio nacional<sup>16</sup>.

Lo anterior, incluyendo perversos mecanismos de glosas arbitrarias de las cuentas ha dado lugar a la instauración de una "cultura de no pago" en el SGSSS que explica, principalmente, el colapso de la red hospitalaria.

Este Proyecto propone simplificar el proceso por el giro directo de los recursos sin situación de fondos, desde el FOSYGA a las clínicas y hospitales, sin ninguna intermediación. Los contratos los realizarán y vigilarán directamente las entidades territoriales, sin manejar el recurso. El

<sup>14</sup> Ministerio de Salud. *La salud en Colombia: diez años de información*. Bogotá, 1994, p: SS-81.

<sup>15</sup> Ley 812 de 2003. Plan Nacional de Desarrollo.

<sup>16</sup> Asociación Médica Colombiana. Documentos Técnicos, Reunión de Consenso. Chinauta, 2001.

proyecto deja la posibilidad de intermediación por parte de las Cajas de Compensación Familiar que hayan demostrado eficiencia, en aquellos departamentos que carezcan de los medios para realizar una buena gestión, según criterio de la Comisión Reguladora de la Seguridad Social en Salud.

### **3.3 Colapso Hospitalario**

La red pública de hospitales de Colombia requiere con urgencia medidas que aseguren el flujo permanente, oportuno, adecuado y equitativo de los recursos. Definitivamente los hospitales de primer nivel de complejidad y los centros y puestos de salud requieren recursos de oferta, so pena de desaparecer, con consecuencias impensables para la comunidad más pobre y vulnerable que es la que acude a ellos.

Los hospitales públicos están seriamente amenazados. Los departamentos y municipios pueden contratar con ellos hasta cierto tope presupuestal; sin embargo, deben continuar atendiendo pacientes no afiliados al SGSSS, los más pobres, con los escasos recursos de oferta de los hospitales aumentando, inevitablemente, su situación deficitaria. Carecen de liquidez que les permita comprar medicamentos y suministros para la atención de los pacientes, lo cual representa una amenaza a la calidad de la atención y en un riesgo para los pacientes. Adicionalmente, la reestructuración que se ha adelantado en algunos de ellos ha sido orientada solamente a la disminución de las plantas de personal sin dirigirse a resolver problemas estructurales como mejorar la liquidez, disminuir el tiempo de recuperación de recursos o evitar el creciente endeudamiento, como lo demuestra el estudio realizado por la Academia Nacional de Medicina<sup>17</sup>.

El Proyecto propone un sistema de financiación con control de gestión; establece el sistema de pagos fijos globales prospectivos comprobados por su eficiencia en la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y define cuáles serán los recursos para los hospitales de II, III y IV nivel de atención.

Por otra parte, los hospitales y clínicas privados y públicos se ven seriamente amenazados en cuanto a su misma subsistencia por el fenómeno de la "integración vertical" que permite a las EPS y ARS crear sus propias IPS. El resultado es un creciente monopolio que distorsiona todavía más el ya imperfecto mercado y aumenta el poder dominante del sector asegurador.

### **3.4 Régimen Contributivo**

Los dineros que recauden las entidades administradoras de planes de beneficios deben constituir patrimonios autónomos, a la manera de los patrimonios autónomos

que existen en los Fondos Privados de Pensiones (Artículo 97 de la Ley 100 de 1993), independientes del patrimonio de la Administradora y bajo el control de la Superintendencia Bancaria.

La totalidad de las EPS públicas están intervenidas por la Superintendencia Nacional de Salud; por tanto, no pueden afiliarse, lo que propicia el marchitamiento de las empresas públicas de Seguridad Social como el ISS, CAPRECOM Y CAJANAL. El país requiere la presencia del Estado en la Seguridad Social Pública para garantizar la regulación del sistema.

El caso del ISS es lamentable porque este es uno de los principales patrimonios de Colombia. Es la entidad de seguridad social más grande del país por su amplia cobertura de la geografía nacional, la magnitud del recurso humano propio y contratado, el gran volumen de recursos financieros que maneja en los negocios de salud, pensiones y riesgos profesionales, las instalaciones administrativas y de servicios que posee en todo el territorio nacional y la cantidad de población que cubre. Así mismo, es una de las empresas más complejas del Estado dada la diversidad de servicios que ofrece a la población y la heterogeneidad de estamentos políticos, sociales, laborales, sindicales, técnicos, científicos, financieros, administrativos y de control con los cuales tiene relación.

A raíz de los cambios introducidos en el país con la estructuración del SGSSS implantado por la Ley 100 de 1993, se produjeron importantes modificaciones que han obligado al ISS a cambiar sus modelos de operación y a repensar su quehacer para responder adecuadamente a los nuevos retos. El Seguro Social no ha tenido un verdadero período de transición que le permita adaptarse al Sistema. El Proyecto busca subsanar esta situación creando un período de transición para el ISS, con objetivos específicos.

Durante el período de transición el ISS utilizará el recaudo de la cotización, descontado el punto de solidaridad, como su principal fuente de recursos. Hará el proceso de compensación a manera de ejercicio de tal forma que le permita efectuar las acciones necesarias para modernizar y actualizar plenamente su base de datos acorde con las exigencias del SGSSS.

### **3.5 Vigilancia y Control**

Un aspecto protuberante en la falla del SGSSS es su debilidad en vigilancia y control.

Estas acciones sólo pueden desarrollarse en forma efectiva a partir de un sólido sistema de información y un registro único de aportantes. Ninguno existe, y es difícil de entender la razón por la cual en los 10 años de ejecución de la Ley 100 no se hayan podido estructurar, a pesar de los reclamos que en este sentido han hecho numerosas

<sup>17</sup> Academia Nacional de Medicina, Comisión de Salud. Diagnóstico financiero de los hospitales públicos de tercer nivel. Bogotá, 2004.

instituciones, entre ellas la Academia Nacional de Medicina<sup>18</sup>.

Por otra parte, la Superintendencia Nacional de Salud es un organismo débil, carente de recursos y de instrumentos adecuados para el cumplimiento de su delicada labor.

Además, la Superintendencia está adscrita al Ministerio de la Protección de Salud, en cuyas dependencias funciona, lo cual le resta independencia y autonomía.

### **Conclusión**

Para terminar esta Exposición de Motivos, conviene citar a dos eminentes Profesores de Políticas de Salud y

de Economía Médica de la Universidad de Harvard, quienes, refiriéndose a la "atención gerenciada de la salud" (*managed care*), que es el modelo impuesto en Colombia por la Ley 100, en un reciente Editorial en la prestigiosa revista *Science*<sup>19</sup> dicen:

*"Al apoderarse de la financiación y del manejo de los servicios de salud, los intermediarios financieros se han convertido en fuerzas políticas poderosas en cuanto a mantener el actual caótico, pero altamente rentable, sistema de salud. Tanto los médicos como los pacientes son rehenes en cuanto a las decisiones de los aseguradores que operan con ánimo de lucro."*

---

<sup>18</sup> Academia Nacional de Medicina. *Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. I y II*, Santafé de Bogotá, febrero de 1999 y 2002.

<sup>19</sup> Richmond JB, Fein R. Health insurance in the USA. Editorial. *Science*, Vol 301, Sept. 2003.