

Reforma del Sistema General de Seguridad Social, controversia de la Ley 10 de 2020.

Yanneth Montero Ojeda ¹

Estudiantes Especialización en Gerencia de IPS y Auditoria en Salud²

Resumen:

Durante el curso de la pandemia y la necesidad de crear protocolos y alternativas para el cumplimiento de medidas epidemiológicas para mitigar los contagios, el Congreso de la República de Colombia, planteó un proyecto de ley enfocado en ajustar el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Aunque este proyecto sigue en proceso de análisis, ya ha generado algunas reacciones en contra debido a que presenta algunos vacíos y sugiere cierta similitud al sistema de salud de Estados Unidos, cuyo enfoque es de carácter privado y comercial. Un significativo porcentaje de la población de este país carece de un aseguramiento en el sistema básico de salud, ya que para el acceso se requiere la adquisición de un seguro o estar vinculado a un programa de salud pública. El propósito del presente artículo es revisar las controversias que ha tenido la reforma del SGSSS con respecto al proyecto de Ley 10 de 2020 y las similitudes con otros sistemas de salud como lo es, el de Estados Unidos.

Palabras clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud, Reforma del SGSSS, Ley 10 del 2020.

Abstract:

During the course of the pandemic and the need to create protocols and alternatives to comply with epidemiological measures to mitigate infections, the Congress of the Republic of Colombia, proposed a bill focused on adjusting the social security system in health. Although this project is still in the process of analysis, it has already

¹ Medica. Magister en Gestión en Servicios de Salud, DPA Tecnológica Fitec, Docente especialización en gerencia de IPS – Auditoria en Salud USTA. dpa.salud@fitec.edu.co; yanneth.montero@usta.edu-co.com

² Estudiantes del módulo de Aseguramiento, de la Especialización en Gerencia de IPS – Cohorte XX y Especialización en Auditoria en Salud – Cohorte III USTA.

generated some reactions against it because it presents some gaps and suggests a certain similarity to the United States health system, whose focus is private and commercial. A significant percentage of the population of this country lacks insurance in the basic health system, since access requires the acquisition of insurance or be linked to a public health program. The purpose of this article is to review the controversies that the SGSS reform has had with respect to Bill 10 of 2020 and the similarities with other health systems such as the United States.

Keywords: General Social Security System, Reform of the GSSS, Law 10 of 2020.

Introducción:

“De acuerdo a la controversia causada por la reforma del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), en organizaciones sociales, agremiaciones de profesionales y comunidad académica del sector salud, agrupadas en el Pacto Nacional por la Salud y la vida de los colombianos, en la práctica lo que se puede apreciar es el detrimento del derecho fundamental a la salud en favor de la rentabilidad financiera de aseguradores y prestadores de salud”. (UDEA – Octubre del 2020).

Cabe resaltar que la reforma supone un retroceso a los avances logrados con la ley estatutaria de salud de 2015 y los 25 años desde la Ley 100 de 1993; profundiza la privatización del sistema de salud, la negación de servicios e introduce elementos inconstitucionales, que afectan la cobertura y se comparan con otro sistema de salud como lo es, el de Estados Unidos.

Con el apoyo de los estudiantes del módulo de aseguramiento de las especializaciones de Gerencia de IPS cohorte XX y Auditoria en salud cohorte III, de la Universidad Santo Tomás de Aquino, se revisan los diferentes planteamientos presentados en la reforma que está causando un hundimiento del modelo de aseguramiento en medio de la pandemia y donde se encuentra como función esencial del aseguramiento “la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores del SGSSS, la gestión integral del riesgo en salud, la garantía del acceso efectivo en la prestación de los servicios de salud, la gestión de la red de servicios y la administración del riesgo financiero” (Senado de la Republica –Junio 2020).

Desarrollo del tema:

Durante la última década del siglo XX se llevaron a cabo diferentes iniciativas de reforma a los Sistemas

de Salud en Latinoamérica. En Colombia, el sistema de salud que operaba hasta 1993 se caracterizaba por ser inequitativo en cuanto a la prestación del servicio, el financiamiento y la asignación de los recursos. En 1992 alrededor del 80% de la población rural y el 45% de la asegurada urbana no estaba cubierta por ningún sistema y dependían únicamente de los servicios prestados por las entidades públicas de salud. (Saenz Luis. 2001)

La ley 100, tuvo como objetivo la universalización del sistema y la unificación de los beneficios y los servicios para la población. Por lo que se creó el régimen contributivo y el subsidiado, se descentralizó la prestación de los servicios de salud y se les permitió a los usuarios elegir libremente el proveedor y el asegurador, se estableció el Plan Obligatorio de Salud (POS) y se instauraron mecanismos de participación ciudadana. A pesar de todos los avances que se llevaron a cabo, se evidenciaron fallas en la accesibilidad del derecho a la salud. Por ello, se creó la sentencia T-760 de 2008, la cual hizo que se igualaran los planes de beneficio para toda la población y se garantizara el suministro de estos a todo el territorio nacional, además se exigió que realizara un seguimiento a las

negaciones del servicio, a las instituciones prestadoras de servicios (IPS) y a las entidades promotoras de salud (EPS). Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado aún subsisten fallas en el sistema (Franco Alvaro – 2012).

Estas fallas generalmente tienen que ver con la ausencia de una política pública en salud que trabaje sobre los determinantes sociales de salud, al compromiso de los sectores sociales y económicos diferentes al sector salud, a la carencia de un modelo de atención integral enfocado en promoción, prevención y atención primaria, a la escasez de recurso humano en el país, a la falta de incentivos financieros y a la escasez de fuentes de financiamiento en salud. (Guerrero Ramiro – 2011); Estas falencias en el marco del COVID 19, representan costos sociales elevados que podrían disminuir si son corregidas. (UDEA – Octubre del 2020).

Dentro de los apartados que causan discusión de la Ley 10 de 2020; se tiene, el retirar los POS y/o planes de beneficios y convertirlos en un Plan Único de Salud llamado “PLUS”, que será definido por el Ministerio De Protección Social y Salud en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito público. En cuanto al

aseguramiento, este estaría conformado por redes integradas de servicios de salud, siendo reglamentada por el Ministerio de Salud, estableciendo las condiciones y porcentajes en los que deberán ser contratados los servicios con la red pública de los ingresos recibidos por las Administradoras en Salud, financiados con recursos no provenientes de las cotizaciones y los mecanismos de pago y compras de intervenciones, creando un régimen único de salud. Esto es, la unificación de los regímenes subsidiado y contributivo, unificando la unidad de pago por capitación (UPC).

Los prestadores en Salud serán organizados por las aseguradoras, estas se dividen en: prestadores primarios, complementarios y centros de excelencia; fragmentan un plan de salud para cada uno de estos servicios. Quien tiene el poder de contratación, define las condiciones de la red, y el hospital público deberá reestructurarse y fusionarse para alcanzar sostenibilidad financiera.

El prestador primario contará con otras profesiones relacionadas con los servicios de salud, apoyo diagnóstico y terapéutico, otros servicios habilitados y con la tecnología necesaria para la atención de la población a su cargo, de conformidad

con el análisis de la atención de la salud (ASIS). En los lugares donde no sea posible por razones de acceso, los prestadores primarios deberán contar con los servicios de tele-salud, equipos móviles de atención, atención domiciliaria tanto ambulatoria como hospitalaria de manera que se garantice el acceso oportuno a la atención.

De igual manera, en estos sistemas prima la prevención y la promoción, siendo el usuario, el actor principal de su condición de salud por cuanto que es el mismo responsable y esto se verá reflejado al momento de realizar el copago por su servicio; se establece la salud pública como un objetivo central del sistema a través de planes territoriales efectuándose por medio de aseguradoras, gestionando el riesgo en salud, individual y colectivo (Senado de la Republica – Junio 2020).

Dentro de las generalidades del proyecto de reforma se dice que será aplicable al gobierno nacional, los integrantes del Ministerio de Salud y los que intervengan en la garantía del derecho fundamental a la Salud.

El proyecto de ley está encaminado a la protección de cada individuo; las personas tendrán el deber de seguir los lineamientos de autocuidado

establecidos en las rutas de mantenimiento de la salud y la ruta materno perinatal, rutas que ya existían con anterioridad y que están en proceso de implementación de acuerdo a la resolución 3280 del 2018 (MPS-2018).

A continuación, se relacionan algunos de los capítulos que se encuentran en revisión para su implementación:

En el Capítulo V, se hace referencia al Modelo de Atención enfocado en la prevención y el manejo racional de los pacientes; en los niveles primarios se ha determinado un gasto excesivo en servicios hospitalarios, que se han transformado en la puerta de entrada del sistema y cuya capacidad de prevenir y tratar oportunamente a los pacientes genera problemas muy severos de discontinuidad de los servicios.

Se requiere un modelo de atención con enfoque territorial, familiar y comunitario que garantice una gestión integral del riesgo a través de la integración de la atención primaria, actividades de salud pública y un trabajo intersectorial amplio, para lo cual se propone que toda persona esté adscrita a un prestador primario y a un médico con enfoque de familia y comunidad.

Según el proyecto de ley 10 de 2020, las EPS ineficientes serán depuradas del sistema y tendrán la posibilidad de fusionarse a las EPS habilitadas que en el proceso pasarán a ser llamadas Aseguradoras en Salud (AS). Este cambio significaría que entidades privadas tendrán la capacidad de administrar el dinero público, hecho que hoy en día es llevado a cabo por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES).

Los servicios de salud en zonas de baja densidad y alta dispersión geográfica, podrá ser prestador por una única AS, garantizando la no exclusión de la población y asegurando la atención y reducción de costos administrativos.

El Capítulo VI, hace referencia a la prestación de servicios, el Hospital público y el Instituto Nacional de Cancerología; se plantea la necesidad de generar incentivos para establecer redes de prestación de servicios en salud primaria y fortalecer los prestadores primarios de servicios de salud, con un nivel de resolutivez alto, en el manejo de la gestión del riesgo en salud, con mecanismos de pago y contratación orientados a los resultados en salud y a la protección de la persona como centro del Sistema. En relación con el hospital

público, se prevé un esquema de organización y fortalecimiento que esté, acorde con la territorialización y la capacidad instalada, lo cual implica una caracterización y unos requisitos básicos para su funcionamiento. Sobre la naturaleza de las Empresas Sociales del Estado, la jurisprudencia constitucional ha sintetizado que éstas, son una nueva categoría dentro del catálogo de entidades administrativas del orden descentralizado, que tienen naturaleza, características y especificidades propias, lo cual impide confundirlas con otro tipo de entidades públicas.

El proyecto hace eco en una necesidad sentida respecto de la institucionalidad en cáncer y tiene que ver con el fortalecimiento del Instituto Nacional de Cancerología – INC.

En el Capítulo IX de la reforma, se hace referencia a la dignificación del talento humano en salud. Para lo cual se destacan los siguientes principios fundamentales para lograrla: generar ambientes de trabajo seguros y saludables; identificar peligros y brindar soluciones para mitigarlos; ofrecer estabilidad laboral al personal de salud; capacitar, formar, actualizar y desarrollar saberes e investigación para mejorar las capacidades laborales y así mejorar el desempeño

de los trabajadores de la salud; crear mecanismos orientados a mantener y mejorar el desarrollo integral del talento humano en salud; mejorar su nivel de vida y el de su familia; promover la salud y fortalecer el equilibrio entre el trabajo y su vida privada; respetar las jornadas laborales y de descanso; crear incentivos para reconocer y recompensar el desempeño en niveles de excelencia del talento humano en salud; Tener en cuenta la remuneración, logrando de esta manera que los trabajadores de la salud reciban de manera oportuna y justa la retribución adecuada como contraprestación directa de la prestación de servicios de salud; formalización laboral y respeto por los derechos salariales y prestacionales, donde se extienda la cobertura de pensiones, riesgos laborales y un reconocimiento efectivo de las prestaciones sociales para cubrir riesgos y necesidades de los trabajadores; lograr un equilibrio entre la capacidad para atender adecuadamente a los usuarios de los servicios de salud y el respeto por el trabajo decente; prohibición de la tercerización laboral para el talento humano en salud, por lo anterior el personal que trabaje en una institución pública o privada no podrá estar vinculado a través de intermediarios o bajo ninguna otra modalidad de

vinculación (Senado de la Republica – Junio 2020).

El capítulo X de la reforma, tiene que ver con la financiación y sostenibilidad, la cual se dará a través de varios mecanismos: Uno de ellos es el plan de fortalecimiento patrimonial y desarrollo operacional, en este plan se van a detallar las acciones para alcanzar los estándares de calidad financiera y técnica, así como, los criterios para unificar las normas contables. Es necesario mencionar que este plan y su ejecución serán condiciones para poderse habilitar y funcionar en el SGSSS.

Otra forma de financiación es a través del programa de saneamiento financiero del SGSSS, en el cual se va a implementar un programa de saneamiento financiero de las deudas de las aseguradoras y proveedores que contemplará, las acreencias en mora mayores a 90 días. En caso de incumplir, la Superintendencia de Salud, notificará a la ADRES para que descuenta directamente los valores que deba reconocer a las aseguradoras o IPS y haga giros de estas sumas a los acreedores. Otra manera de financiamiento será el giro directo de la UPC, es decir que la ADRES va a girar los recursos provenientes de la liquidación de la

UPC a los prestadores, proveedores, operadores logísticos y otros agentes del sistema. Este giro se hará teniendo en cuenta la facturación electrónica dispuesta por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacional (DIAN).

Otra manera de financiar, será crear el fondo de garantías del sector salud, este fondo será una entidad descentralizada, única, con autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente. A este fondo deberán inscribirse las AS e IPS. El fondo va a garantizar que se continúe prestando el servicio al usuario cuando esto se pueda ver amenazado por imposibilidades de pago por parte de las IPS o las AS, así como definir y recaudar el pago de la prima del seguro de acreencias para IPS. También se encargará de desarrollar análisis de riesgos financieros para informar a la superintendencia de Salud cuando existan entidades afiliadas que pongan en riesgo la confianza en el sistema de aseguramiento en salud.

Otro aspecto a destacar que se aborda en la reforma es el límite máximo del índice base de cotización para el sector salud, el cual será de hasta 45 salarios mínimos legales mensuales. Esta base será independiente de la

base máxima de cotización en pensiones.

En cuanto al pago de aportes parafiscales a favor del SENA e ICBF, las sociedades y personas jurídicas, estarán exoneradas con los trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV). En las cotizaciones al régimen contributivo, van a estar exoneradas las sociedades y personas jurídicas correspondientes a trabajadores que devenguen un monto equivalente menor o igual a 3 SMMLV.

Dentro de sus intenciones las personas afiliadas que no cumplan con las condiciones para pertenecer al régimen subsidiado y hayan finalizado su relación laboral y aportada con 1 año al SGSSS con un ingreso de 1 SMMLV podrán estar afiliados por 1 año desde que finalizó el contrato e inicio el tiempo de protección laboral mediante un aporte solidario.

En cuanto a los regímenes especiales se seguirán rigiendo por sus propias normas (Senado de la Republica – Junio 2020).

En el capítulo XI: Inspección, Vigilancia Y Medidas Anti Evasión, La Superintendencia Nacional de Salud es la entidad que se va a encargar de

regular a todas las empresas que manejen recursos de la UPC, es quien va a definir los requerimientos de capital y autorizará las intervenciones que se hagan en otras empresas del sector salud. Relacionado a las medidas anti-evasión el Ministerio de Salud y Protección Social, la unidad de gestión pensional y parafiscales y la DIAN, adelantarán las medidas persuasivas y sancionatorias para controlar la evasión y elusión en el sistema de salud. Cualquier tipo de fraude en la afiliación y evasión por parte de quienes deban realizar aportes al sistema de salud se investigará por parte de la Fiscalía General de la Nación.

El Instituto Nacional de Salud, cobrará una tasa por inspeccionar, vigilar y controlar. Esta tasa será fijada por el Ministerio de Salud y Protección Social (Senado de la Republica –Junio 2020).

Por último; La Ley 100 de 1993 que creo el SGSSS, amplía la cobertura de los servicios de salud hasta que toda la población acceda al sistema, no tan lejano de ello el proyecto de reforma Ley 010 de 2020 especifica esa necesidad de aseguramiento es decir un sistema ya existente en esa necesidad de cobertura.

La ponencia del Proyecto de Ley 010 de 2020, de reforma a la salud concluyó positivamente con la creación de una subcomisión para estudiar las nuevas propuestas realizadas por algunos congresistas. Sin embargo, la mayoría de representantes que intervinieron realizaron comentarios en contra de los planteamientos del proyecto, argumentando que la norma tendrá como consecuencia grandes retrocesos en el sistema (Consultor-Salud 2021).

Conclusión:

En conclusión, siguen existiendo vacíos en los procesos del proyecto de ley pues no se especifican puntos tales como: la unificación de las EPS, la fragmentación de los servicios, el funcionamiento del Régimen Único en Salud, entre otros. Lo anterior se presta para múltiples interpretaciones en donde los colombianos pueden asumir que este nuevo proyecto de ley en salud significará una mayor inversión económica individual y el final de la salud como derecho fundamental.

La mayor similitud del proyecto de Ley 10 del 2020 con el sistema sanitario de Estados Unidos, es la limitación del aseguramiento, generada por la privatización de la atención en salud en contadas Aseguradoras, que iría en

contra de los principios actuales de universalidad y solidaridad plasmados en el SGSSS.

Referencias bibliográficas:

Consultor Salud. Abril 15 del 2021, consultado en:

<https://consultorsalud.com/el-proyecto-de-ley-010-de-2020no-se-archivo/>

Senado de la Republica. Julio 2020. Consultado en:

<http://leyes.senado.gov.co/proyectos/index.php/textos-radicados-senado/p-ley-2020-2021/1791-proyecto-de-ley-010-de-2020>

UDEA. 23/10/2020. Consultado en:

https://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/udea-noticias/udea-noticia!/ut/p/z0/fYyxCsJAEER_xSal7HrGU8tgIYiFhUiyjSy5Q1fjbWJO0b830UJsblaZ4c0AQQ4U-C4HjqKBqy4XZPez-cKMshTXaFOLmd2kk6lZjrc7hBXQf6B7kFPTUAZUaoj-ESGv9Rq5ujnPCXL7m4568R_f6yBolFK4TfC9DuK0p751q6V4xy7Byj9xhEODBqE-U_EC9xqvLw!!/ Abril del 2019.

Ministerio de la Protección Social. Resolución 3280 del 2018. Consultado en:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342011000800010&script=sci_artext&tlng=pt

Saenz Luis. 2001. Modernización de la Gestión Hospitalaria Colombiana: Lecciones Aprendidas de la Transformación de los Hospitales en Empresas Sociales del Estado. Consultado en:

<https://www.paho.org/hq/dmdocument/s/2010/46->

Gestion_Hospitalaria_Colombiana-Lecc_Apre_Hospitales_Empresas_Soc_Edo.pdf

Gestarsalud. Octubre – 2020. Consulta en :

<https://gestarsalud.com/2020/10/09/en-que-consiste-la-ley-010-cual-es-su-objetivo-que-debe-fortalecer/>

Alvaro Franco-Giraldo. La última reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. Rev. salud pública. 14 (5):865-877,2012. Consultado en:

https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642012000900013&script=sci_artext&tlng=es

Ramiro Guerrero, M et al. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S144-S155. Consultado en: