

**E.P.S Vs. GESTORAS: ¿UNA NUEVA FIGURA DENTRO DEL PROYECTO DE  
REFORMA DE LA SALUD?**

**MUÑOZ CHAVARRO, ORSAIN**  
Código 6000912617  
**MUÑOZ ORTEGA, MILLER**  
Código 6001010508



Afiliada a la Asociación Colombiana de Universidades "ASCUN"

**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA**

**FACULTAD DE DERECHO**

**BOGOTÁ, D.C.**

**2014**

**E.P.S. Vs. GESTORAS: ¿UNA NUEVA FIGURA DENTRO DEL PROYECTO DE  
REFORMA DE LA SALUD?**

**MUÑOZ CHAVARRO, ORSAIN**

**Código 6000912617**

**MUÑOZ ORTEGA, MILLER**

**Código 6001010508**

**Trabajo de grado para optar al título de Abogado.**

**ASESOR**

**Doctora Emilce Garzón**



**Afiliada a la Asociación Colombiana de Universidades "ASCUN"**

**UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA**

**FACULTAD DE DERECHO**

**BOGOTÁ, D.C.**

**2014**

**NOTA DE ACEPTACIÓN:**

El proyecto de grado Titulado EPS Vs.

GESTORAS: UNA NUEVA FIGURA DENTRO

DEL PROYECTO DE REFORMA DE LA SALUD

---

**FIRMA PRESIDENTE JURADO**

---

**FIRMA JURADO**

---

**FIRMA JURADO**

**Bogotá, D. C. 15 de septiembre de 2014**

## DEDICATORIA

Le dedicamos esta Investigación a todos los que creyeron en nosotros, a toda la gente que nos apoyó, en primer instancia a nuestros progenitores (uno de ellos ya partió a la presencia del altísimo) quienes plenamente nos apoyaron con espíritu alentador, contribuyendo incondicionalmente a lograr las metas y objetivos propuestos.

A nuestros amigos y familiares y a la Universidad la Gran Colombia que nos ha formado, pero en especial se lo dedicamos por parte de Miller Muñoz Ortega y Orsaín Muñoz Chávarro, a sus padres Rubén Muñoz (Q.E.P.D.) y Dioselina Chávarro Peña (Q.E.P.D.) que lamentablemente no están con nosotros.

Nuestro agradecimiento a los Profesores que Compartieron sus grandes conocimientos, a nuestros Padres que fueron pilar fundamental en nuestra formación y educación como individuos, a nuestros amigos que nos brindaron su ayuda, su atención y lo más importante su amistad. También debemos agradecer a esta Institución por permitirnos nuestra formación como profesionales, como personas y como ciudadanos.

Dedicamos este trabajo de Investigación de igual manera a nuestro tutor quien nos ha orientado en todo momento en la realización de este proyecto que enmarca el último escalón hacia un futuro en donde sea participe en el mejoramiento del proceso de enseñanza y aprendizaje

## AGRADECIMIENTOS

“Del hablador he aprendido a callar; del intolerante, a ser indulgente, y del malévolo a tratar a los demás con amabilidad. Y por curioso que parezca, no siento ninguna gratitud hacia ese maestros.”- KhalilGibran.

“Cuando bebas agua, recuerda la fuente; cuando practiques natación, a tu progenitora pues naciste de su vientre”- Hermes Varillas Labrador.

Este trabajo no habría sido posible sin la influencia directa o indirecta de muchas personas a las que agradecemos profundamente por estar presentes en las distintas etapas de su elaboración, así como en el resto de nuestras vidas.

Le agradecemos a la doctora **Emilce Garzón** por manifestarnos su interés en dirigir y asesorar nuestro Trabajo de Grado, por su confianza, colaboración y apoyo al proceso de realización de la Investigación.

A todos los Docentes de la Universidad la Gran Colombia, que compartieron sus conocimientos, experiencias dentro y fuera de clase, haciendo posible que nuestra formación Profesional se resuma en satisfacciones académicas. A nuestros amigos y compañeros.

A quienes trabajaron con nosotros hombro a hombro durante cinco cortos años poniendo lo mejor de su voluntad y empeño por el bien de nuestra formación Profesional, a quienes compartieron su confianza, tiempo y los mejores momentos

que vivimos durante esta etapa como estudiantes de la Facultad de Derecho de nuestra querida Universidad la Gran Colombia.

Por último a nuestras familias y seres más queridos, en especial a nuestras madres por no perderse un sólo día de nuestras vidas, animar con su particular modo de percibir y forjar en su constante, difícil y poco reconocida labor de ser la mejores madres que cualquiera pudieran siquiera imaginar.

## CONTENIDO

|  |    |
|--|----|
| INTRUDUCCION.....  | 01 |
| CAPÍTULO I.....  | 03 |
| CONTEXTUALIZACION.....   | 03 |
| 1.1. El sistema de salud en Colombia después de 1990.....                          | 03 |
| 1.1.1. LEY 10 DE 1990,REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL<br>DEL SALUD.....        | 03 |
| 1.1.2. Ley 50 de 1990: Lineamientos de Seguridad Social en Salud Pública.<br>..... | 05 |
| 1.1.3 Ley 100 de 1993.....   | 07 |
| 1.1.4 Normatividad actual.....   | 11 |
| 1.1.4.5. LEY 1438 DE 2011.....   | 22 |
| 1.1.4 Sentencia T 760 de 2008.....   | 25 |
| 1.1.5 Proyecto de ley Estatutaria.....   | 30 |
| CAPITULO II.....   | 33 |
| LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Vs. LAS GESTORAS.....                            | 33 |
| ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E. P. S.....   | 33 |
| FUNCIONES BASICAS DE LAS E. P.S.....   | 36 |

|   |    |
|---|----|
| Cuadro No. 1. Funciones de las EPS.....                                   | 37 |
| CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA<br>E.P.S..... | 41 |
| ¿QUÉ ES UNA GESTORA?.....   | 43 |
| CAPITULO III.....   | 48 |
| DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE EPS Y GESTORAS                            |    |
| EPS Vs. GESTORAS.....   | 48 |
| Cuadro No. 2. Diferencias entre EPS y Gestoras.....                       | 48 |
| Cuadro No. 3. Similitudes entre EPS y Gestoras.....                       | 49 |
| Análisis De Las Diferencias Y Similitudes Entre Las Gestoras Y Eps.....   | 53 |
| CONCLUSIONES.....   | 54 |
| BIBLIOGRAFÍA.....   | 56 |



## **LISTA DE CUADROS**

Cuadro No. 1. Funciones de las EPS

Cuadro No. 2. Diferencias entre EPS y Gestoras

Cuadro No. 3. Similitudes entre EPS y Gestoras

## RESUMEN

El trabajo presentado como requisito para optar el título de Abogado, se resumen aspectos generales de los ajustes de la gravedad que presenta la crisis de la salud, que ha generado aspectos nocivos para los sectores de la sociedad, así mismo el modelo de intermediación financiera e integración vertical adoptado hace 20 años ha fracasado.

Hoy en día el gobierno de turno pretende maquillar un modelo de salud, con una reforma que no responde a las exigencias del pueblo, así mismo se considera que esto congresistas aterricen y presenten una verdadera reforma a la Salud para que el pueblo se beneficie y esta deje de ser un negocio para unos pocos.

Desde esta perspectiva, el proyecto de investigación se centra en el análisis de dos documentos base, por una parte, la Ley 100 de 23 de diciembre de 1993 en contraposición del proyecto de Ley *“por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones”*, más conocido como de “reforma a la salud,” con el objetivo específico de estudiar las semejanzas y diferencias entre el modelo de Entidades Promotoras de Salud –EPS- y la nueva figura de las Gestoras, como instituciones fundamentales del ejercicio administrativo, de servicios y desarrollo en la promoción de la salud en Colombia.

Se parte de la hipótesis que las diferencias entre EPS Vs Gestoras, resulta mínima, lo que acarrea una falsa idea de reforma, manteniendo un mismo modelo de administración, en aras de continuar con un sistema de salud basado en el costo-beneficio, antes que en el reconocimiento al derecho a la salud.

## INTRODUCCIÓN

En Colombia el régimen de salud vive desde hace varias décadas situaciones que se enmarcan en la desigualdad social y que son causa principal del inconformismo y desencanto hacia el sistema. Hechos que tienen a la población en condición de vulnerabilidad al no poder acceder debidamente al derecho a la salud, contradiciendo los principios de eficiencia, eficacia y oportunidad, comprendiendo al paciente como un cliente que debe pagar la prestación de un servicio antes que como un ciudadano con derechos.

Es precisamente el tema de la Salud en Colombia el que inspira la investigación en particular, la figura de las *Entidades Promotoras de Salud –EPS-*, intentando indagar la situación de avance o retroceso en razón a la reciente propuesta de reforma, donde estas EPS son modificadas por las llamadas GESTORAS en aras de aportar a resolver la crisis buscando lograr un sistema de salud que beneficie a todos los colombianos.

Desde esta perspectiva, el proyecto de investigación se centra en el análisis de dos documentos base, por una parte, la Ley 100 de 23 de diciembre de 1993 en contraposición del proyecto de Ley “*por medio del cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones*”, más conocido como de “reforma a la salud,” con el objetivo específico de estudiar las semejanzas y diferencias entre el modelo de Entidades Promotoras de Salud –EPS- y la nueva figura de las Gestoras, como instituciones

fundamentales del ejercicio administrativo, de servicios y desarrollo en la promoción de la salud en Colombia.

Se parte de la hipótesis que las diferencias entre EPS Vs Gestoras, resulta mínima, lo que acarrea una falsa idea de reforma, manteniendo un mismo modelo de administración, en aras de continuar con un sistema de salud basado en el costo-beneficio, antes que en el reconocimiento al derecho a la salud.

Ésta investigación está motivada además, por los resultados de estudios<sup>1</sup> y otras investigaciones que al respecto se han adelantado, basadas en la necesidad de articular un modelo que reforme el sistema actual de salud.

El proyecto en su parte metodológica se desarrolla a partir de un análisis documental, sustentado en revisión bibliográfica, estudio de exposiciones de motivos y documentos de discusión frente a la reforma, comparados con los procesos sociales liderados por quienes discuten el mantenimiento o no de la reforma.

De esta forma, El presente documento se estructura en los siguientes capítulos, el primero de contextualización, que busca presentar el Sistema de Salud en Colombia desde su proceso de desarrollo durante la década de 1990. El segundo, se refiere a la caracterización de las EPS y las Gestoras para poder comprenderlas dentro del proceso de reforma. Y finalmente el tercero aborda las semejanzas y diferencias entre las dos figuras, con el fin de analizar la realidad de la reforma en este tema particular.

---

<sup>1</sup> Ver estudios realizados por las Universidades de Antioquia, del Rosario e ICESI; las fundaciones Santa Fe, Corona, Restrepo Barco, Éxito y Saldarriaga Concha, y EL TIEMPO Casa Editorial.

## **CAPITULO I.**

### **CONTEXTUALIZACIÓN**

#### 1.1. El sistema de salud en Colombia después de 1990

A continuación se hace una caracterización del Sistema de Salud en Colombia a partir de las normas emitidas durante la década de 1990, que definieron el modelo actual de salud.

##### **1.1.1 LEY 10 DE 1990:**

##### **REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DEL SALUD.**

“El resumen, es una síntesis de las consideraciones principales que hace alusión la ley 10 de 1990, correspondiente a la reorganización del sistema nacional de salud, y las disposiciones que se han tenido en cuenta, respecto a las obligaciones oficiales descritas en la presente ley y soportadas por la constitución nacional por parte de los entes privados, que se destinan a la contribución y fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud en Colombia.

REOGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: partir de la creación de la ley 10 de 1990, el país adopta un modelo de organización del sistema de salud basado en el cumplimiento de los derechos fundamentales de todas las personas, permitiendo una mayor accesibilidad al servicio de salud en todos los niveles de atención y grados de complejidad, independiente de la capacidad socioeconómica y soportado en los principios básicos de la prestación del servicio que le permiten al sistema estructurarse de forma administrativamente funcional,

teniendo en cuenta la participación de la comunidad, que en realidad son quienes revelan la verdaderas necesidades que a juicio de ellos y con la colaboración de expertos propenden a la elaboración de proyectos que mitiguen o solucionen las necesidades primordiales de los demandantes del servicio de salud. El sistema de salud Colombiano, está organizado en base a un sistema administrativo oficial, en el cual se tiene un porcentaje presupuestado para el funcionamiento de este sector, además, está compuesta por un régimen jurídico que propende al cumplimiento de normas técnicas, administrativas y de control ambiental y biológico para garantizar el bienestar de las condiciones de la comunidad”.(KELVIN CAUSIL GUERRERO)

El contenido que se han tenido en cuenta, respecto a las obligaciones oficiales descritas en la presente ley, soportadas por la Constitución Nacional de 1986; por parte de los entes privados, que se destinan al fortalecimiento de la prestación de servicios de salud en Colombia.

Basado en el cumplimiento de los derechos fundamentales de todas las personas, permitiendo una mayor accesibilidad al servicio de salud en todos los niveles de atención y grados de complejidad, independiente de la capacidad socioeconómica y soportado en los principios básicos de la prestación del servicio que le permiten al sistema estructurarse de forma administrativamente funcional, y teniendo en cuenta la participación de la comunidad, que en realidad son quienes revelan las verdaderas necesidades.

El sistema de salud colombiano, está organizado con base a un sistema administrativo oficial, en el cual se tiene un porcentaje presupuestado para el funcionamiento de este sector, pero además está compuesta por un régimen jurídico que propende al cumplimiento de normas técnicas, administrativas y de control ambiental y biológico para garantizar el bienestar de las condiciones”. (Causil, 2012).

### **1.1.2. Ley 50 de 1990:**

#### **Lineamientos de Seguridad Social en Salud Pública**

“La salud pública se forja como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de la noción de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones y la de ambiente, por medio de acciones colectivas, que debe incluir al sector público y privado.

La conducción, regulación, modulación de la financiación, vigilancia de aseguramiento y la armonización de la prestación de los servicios de salud de responsabilidad del Estado Colombiano, teniendo como objetivos fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión; desarrollar las características y condiciones del recurso humano en salud y elaborar procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individuales y de grupo.

Existen otros campos de suma importancia para el desarrollo de las acciones de salud pública, se refieren con el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud; la



participación de los ciudadanos en los procesos de planeación en salud; el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública; el desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; el saneamiento básico; la investigación, la reducción del impacto de las emergencias.(Spindler, 2011).

En cuanto a la historia de la salud en Colombia es importante comenzar por reconocer que los sistemas han sido los siguientes:

A manera de ejemplo, citamos una de las conclusiones de la última evaluación de seguimiento a los indicadores de la salud llevada a cabo por la AVS (Así Vamos en Salud) es que “pese a los anuncios, a algunos avances y a las medidas tomadas en el último año y medio por el Ministerio de Salud y Protección Social para enderezar la situación del sistema de salud, el sector sigue sin mostrar grandes signos de mejoría; de hecho, en algunos aspectos la situación es crítica”(Causil, 2012).

Sin embargo algunos indicadores han reaccionado positivamente. Entre ellos se cuentan las tasas de mortalidad infantil (hoy en 9,88 por cada mil nacidos vivos), la de menores de cinco años (11,78 por cada mil nacidos vivos), la de mortalidad materna (que aun así sigue siendo alta) y la de embarazos en adolescentes; según concepto del Dr. Álvaro Cardona, decano de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

La investigación y los estudios adelantados por la AVS calificó de "alarmante" la prevalencia de niños de bajo peso al nacer, lo que es un indicador de desnutrición

materno-infantil (hoy es de 9,2 por cada mil nacidos vivos); el aumento de la sífilis congénita, pese a que la mayoría de los partos son institucionales, y el crecimiento del sobrepeso y la obesidad, que ya afecta al 51,1 por ciento de los adultos.

El Dr. Cardona cita además, la alarma que representa el preocupante aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón y de seno, aun cuando el primero es prevenible casi en su totalidad y el segundo tiene una alta posibilidad de cura, si se detecta a tiempo y se trata en forma adecuada; es precisamente la falta de oportuna atención y a la ineficiencia, lo que suma la alta incidencia de casos de dengue (157.200 en 2010) y de malaria, y la marcada asimetría en coberturas útiles de vacunación en el país.

La razón de ser de la presente investigación, es la de pretender concluir en una propuesta que de ser necesario convertirla en proyecto de ley, se haga mediante un juicioso análisis que permita percibir soluciones reales, efectivas y viables que mitiguen la crisis y el impacto social”.

### **1.1.3. Ley 100 de 1993**

“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten.

El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social.

La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley.(Adres pulido 50950).

Esta Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud del país e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante la "competencia regulada," mecanismo que promueve la eficacia y la calidad, en la provisión de los servicios. La Ley 100 plantea los siguientes principios como sus fundamentos centrales: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

El sistema de salud Colombiano sólo lograba asegurar un 17% de la población. El sistema no contaba con cobertura familiar, o sea que el seguro sólo cubría al trabajador. Su familia accedía a las atenciones de salud a través de las clínicas de las Cajas de Compensación Familiar, las cuales aplicaban unas tarifas módicas. Las entidades aseguradoras aplicaban preexistencias, es decir que el afiliado debía renunciar a las prestaciones de salud para aquellas enfermedades existentes.

El acceso a los servicios de salud a través de seguros era reducido. Los pobres recibían servicios a través de Hospitales Públicos que se financiaban

con transferencias de las Direcciones Departamentales de Salud  
Se creó el Régimen Subsidiado de Salud a través del cual se garantizan las atenciones de salud a unos trece millones de Colombianos  
Los recursos financieros para la salud han incrementado astronómicamente hasta alcanzar casi 10% del Producto Interno Bruto.

Se han desarrollado varios planes de beneficio o paquetes de atención en salud para la población según su capacidad de pago (ver Recuadro sobre planes de Beneficio de Sistema General de Seguridad Social en Salud)  
Se inició la implementación de un sistema de garantía de calidad para los servicios.

La cobertura en aseguramiento no es universal a pesar de los casi 18 billones de pesos anuales del gasto en salud (unos \$395.000 por persona por año)  
La intermediación o gastos de funcionamiento de las EPS del Régimen Contributivo de Salud cuesta al país unos 1,2 billones de pesos.  
Los gastos de administración del Régimen Subsidiado de Salud cuestan unos 300 mil millones de pesos

La proliferación de Instituciones Prestadoras de Servicios de carácter privado (IPS) ha agudizado la crisis de los Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado E.S.E) y empeorado la situación laboral de los profesionales de la salud en materia salarial

El flujo de los recursos hacia las IPS es muy lento. (120 a 180 días)  
Falta de eficiencia en el aseguramiento. Algunas aseguradoras se comportan como simples administradoras de recursos, sin impactar en la salud de la población.

Se desarticularon las funciones de salud pública del sistema por el excesivo énfasis en asegurar la población, partiendo de la premisa de que toda persona con un carné de salud tiene garantizados los servicios en cuanto la salud se refiere. Las Direcciones Territoriales de Salud perdieron el liderazgo en temas como vacunación, control de enfermedades transmisibles, control de factores de riesgo. No se ha garantizado el desvío de dineros hacia particulares, no se ha logrado garantizar el aseguramiento de los colombianos, el hecho de tener tanto estudiante en las instituciones hace que los usuarios reciban un servicio de baja calidad y en muchas ocasiones no son tratados con la urgencia que merecen sus dolencias u enfermedades.

Por los convenios que existen entre hospital y EPS veo que no existe el monitoreo permanente de las condiciones sanitarias y el estado de salud de las personas. Los buenos hospitales y clínicas se han convertido en entidades mediocres con muy mal servicio, lento y deficiente. El usuario pierde tiempo, dinero y muchas veces la vida por la lentitud y negligencia con la que tratan ciertas enfermedades que deben ser evaluadas y medicadas en tiempo prudente”. (Andina, 2012)

#### **1.1.4. Normatividad actual**

##### **1.1.4.1. Ley 1122 de 2007**

“Es el resultado de un proceso político que se agudizó desde el 2003, en parte por la celebración de los primeros diez años de la Ley 100 de 1993, y en parte también como una respuesta a las inconformidades que diferentes sectores manifestaban acerca del desempeño del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en particular sobre temas como cobertura, acceso, calidad de los servicios, flujo de recursos, futuro de las entidades públicas y mecanismos de contratación entre administradores y prestadores.

Sin embargo, dicho proceso político no terminó con la promulgación de la nueva ley, como tampoco puede afirmarse que se haya iniciado con la preparación de la misma. En realidad, al consultar las propuestas de reforma, las discusiones en el trámite y el texto aprobado de la Ley 1122, se encuentran elementos que han estado presentes en la discusión en las últimas dos décadas , y puede afirmarse entonces que, pese a haber instaurado un cambio estructural en 1993, aún no existe en el país un consenso estable o firme acerca del sistema de seguridad social que se quiere, particularmente en lo que se refiere a la participación del Estado y los particulares en la provisión del seguro de salud y la prestación de servicios, así como en cuanto a la cobertura de riesgos y la búsqueda de equidad. En este artículo se presenta una lectura sobre los principales cambios que trae la nueva ley, tanto porque se trata de verdaderos cambios en el sistema prevaleciente como porque se refieren a mejoras cualitativas que busquen su fortalecimiento. Para orientar la lectura de la Ley, con particular interés en los temas económicos e institucionales, en la primera sección se presentan unos

antecedentes, desde la Asamblea Nacional Constituyente hasta la Ley 1122; posteriormente, se plantean unos aspectos críticos sobre el texto y los propósitos de la Ley; a continuación, se comentan los principales cambios o ajustes en aspectos institucionales, financiamiento, aseguramiento y acceso, y finalmente, se plantean unos elementos de discusión”.

#### Antecedentes:

La Ley 1122 es el resultado de un largo y complejo proceso de discusión nacional iniciado en el 2003, con ocasión de cumplirse los primeros diez años de aprobación de la Ley 100 de 1993. Desde entonces han proliferado los proyectos de ley y los debates encaminados a reformar el Sistema de Seguridad Social en Salud, con la persistencia de un conflicto en torno al tipo de Estado que quieren los colombianos. En lo que respecta a la seguridad social, se debaten cuestiones como la manera de participación del sector público y el privado en la provisión del seguro de salud y en la prestación de servicios (Hernández y Vega, 2001), así como la posibilidad de aplicar mecanismos de competencia e incentivos para una mayor eficiencia y la aplicación del derecho a la salud como un aspecto relacionado con la equidad (GES, 2005).

Estos debates tuvieron eco en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, donde se expresaron dos perspectivas opuestas, una socialdemócrata y otra neoliberal, que bajo la fórmula del consenso dieron lugar a los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia, así como a la consagración de la seguridad social como un derecho irrenunciable y del servicio público de salud bajo la dirección del Estado, con la promesa de adoptar un

paquete de servicios de acceso gratuito (Jaramillo, 1999). Para asegurar que a partir de la Constitución surgiera una reforma a la seguridad social, los constituyentes ordenaron la conformación de una comisión transitoria que entregaría una serie de recomendaciones al gobierno, pero estas tuvieron poca trascendencia y fue más bien en el seno del gobierno del presidente Gaviria donde se generaron tres propuestas diferentes, desde una que buscaba consolidar el monopolio estatal en manos del Instituto de Seguros Sociales (ISS) hasta otra que proponía un esquema más aproximado a la medicina prepagada (Molina y Trujillo, 1992).

La principal inestabilidad jurídica, política y administrativa de la reforma se ha concentrado en los temas relativos al régimen subsidiado, considerando en ello la situación de los hospitales públicos, mientras que en el régimen contributivo ha existido una estabilidad relativa, con notorio avance de la oferta privada en desmedro de la pública (Restrepo, Arango y Casas, 2002). En el caso del régimen subsidiado, pese a la persistencia de elevar la cobertura como se ha logrado en los últimos tres años, han proliferado las normas o reivindicaciones sobre el tamaño de las administradoras, la contratación de estas con los hospitales públicos -en términos de un porcentaje de la unidad de pago por capitación (UPC)-, la transformación de recursos para apoyar el aumento de cobertura, los requisitos de afiliación y períodos de contratación, entre otros. Este es el principal aspecto de la reforma aún no resuelto, pese al carácter novedoso que trajo en el contexto internacional.



El texto de la Ley 1122 enseña el predominio de acuerdos políticos y la búsqueda de beneficios para varios de los actores del sistema, en desmedro de una política de largo plazo que busque consolidar o cambiar aspectos estructurales para mejorar las condiciones de salud en el país. En cambio, el rigor técnico y jurídico resulta supeditado a lo anterior, y por esto no es muy claro lo que busca la Ley. En efecto, si bien en el encabezado se dice que "se hacen algunas modificaciones" al sistema, en el artículo primero se expresa que el objeto de la Ley es el de "realizar ajustes al sistema" y, con este fin, "se hacen reformas" en una serie de aspectos. Modificación, ajuste o reforma, no es claro entonces qué se produciría al final sobre el sistema vigente.

Se destacan los siguientes aspectos críticos que resultan de la lectura de la Ley:

En sus 45 artículos solamente se hace explícita la modificación de dos artículos de la Ley 100, el 204 y el 214, referidos al financiamiento. Con esto se revela cómo la discusión no se centra en los aspectos formales o de diseño del sistema, de modo que se introduzcan cambios específicos que guarden armonía con la legislación vigente en el sentido de hacer explícitos los cambios sobre ella. Más bien, predomina un afán por afectar la implementación por la vía de cambios o adiciones de poco fondo, dejando un amplio espacio para la interpretación de lo que puede cambiar de la Ley 100 de 1993.

Se disponen materias con poca fuerza, algunas incluidas en otras normas incluso de menor jerarquía. Así que, además de formalizar aspectos que podrían tratarse de manera coyuntural por vías administrativas, como lo relativo al flujo de recursos, se reiteran principios ya consagrados en la propia Ley 100 o en decretos

presidenciales y acuerdos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, como la intención de dar continuidad en la afiliación entre regímenes, subsidiar la afiliación al régimen contributivo o garantizar el acceso en sitios de atención cercanos a la población afiliada.

Proliferan las atribuciones o delegaciones en el ejecutivo para que reglamente, y no siempre se establece límite de tiempo. Hay 24 referencias concretas sobre el particular. Con esto se avecinaría una avalancha de decretos y normas reglamentarias que, al fin de cuentas, podrían constituir en su conjunto un cambio legislativo de importancia y posiblemente se presenten dificultades en cuanto a la observancia del orden constitucional y jurídico.

A pesar de estos juicios críticos, ciertamente la Ley introduce cambios sobre algunos aspectos del sistema que tal vez a partir de su reglamentación provoquen mejoras en él.

Principales cambios o ajustes sobre el sistema

Cambios institucionales

Lo más importante de la nueva Ley, en cuanto a modificaciones sobre la estructura y el funcionamiento del sistema, se refiere al intento por reformar aspectos de la gobernabilidad o institucionalidad, tema que fue propuesto como proyecto de ley con el propósito exclusivo de crear la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y que resultó incorporado en la negociación política que dio lugar al texto de la Ley 1122. Con esto se ha procurado resolver la multiplicidad de roles que asumía el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como regulador, organismo de concertación y administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (Restrepo y Rodríguez, 2005), así que se depura la primera función en la

CRES, la segunda se mantiene para el Consejo y este hace las veces de consultor de la Comisión y del Ministerio de la Protección Social, y la tercera se traslada a este Ministerio.

El Consejo, concebido inicialmente como organismo de dirección del sistema, en realidad existía en la medida en que se diera una reunión en la que confluían 14 actores permanentes, con voz y voto, además de un grupo de asesores e invitados. No contaba con recursos propios para su funcionamiento, no tenía una secretaría técnica que adelantara los estudios para la toma de decisiones, predominaba en él un desequilibrio entre sus miembros en cuanto al acceso a información y la capacidad técnica para presentar o discutir propuestas y los representantes no guardaban una relación directa con los representados (Harvard, 1996; Restrepo y Rodríguez, 2001; Sánchez y Gómez, 2006). Estos problemas, de diseño e implementación se reflejaron también en la ambigüedad que desde el derecho administrativo podría atribuirse al Consejo, pues carecía de personalidad jurídica (Villa, 2005).

Además de lo anterior, se destaca en la Ley 1122 la creación del sistema de inspección, vigilancia y control, con la adopción de una nueva jurisdicción en cabeza de la Superintendencia Nacional de Salud, lo cual va acompañado de la figura del defensor del usuario. Estos aspectos, unidos al propósito de tener información útil y oportuna, pueden constituir aportes muy valiosos para un mejor desempeño del sistema.

En cuanto a la integración vertical y la posición de mercado, en la Ley se encuentran declaraciones que vale la pena analizar a fondo para determinar en realidad qué hay de nuevo y qué tanto podrá reglamentar el gobierno. Dice la Ley

1122 que las entidades promotoras de salud (EPS) no podrán contratar más del 30% del gasto en salud con sus propias instituciones prestadoras de servicios (IPS). Sorprende que, pese a las discusiones acerca de la integración vertical, esta se haya concentrado en el porcentaje del gasto en salud que pueden contratar las EPS, pero quedan dos puntos por precisar: uno, ¿qué se entiende por IPS propias?, y dos, ¿qué pasa si la prestación de servicios se hace a través de IPS propias pero sin mediar un contrato? La evidencia muestra que existen diferentes modalidades de IPS frente a las cuales las EPS tienen diversos intereses o participaciones, predominando modalidades de control por la vía de la contratación (Castaño, 2005; Restrepo, Lopera y Rodríguez, 2006), así que no hay mucho que hacer por la vía que se tomó. Queda entonces una gran confusión acerca de cómo se piensa reglamentar este aspecto, si se considera el agravante según el cual la convergencia hacia un mercado integrado verticalmente es inminente por parte de los agentes racionales.

Como parte de la falta de consistencia en el seno de la Ley, al tiempo que es una manifestación sobre el conflicto reinante acerca del sistema de seguridad social que se quiere, se encuentra la imposición de contratación en el régimen subsidiado con las Empresas Sociales del Estado (ESE), con un mínimo del 60% del valor de la UPC -no del gasto en salud-, y una disposición similar en el caso de la EPS del Seguro Social, lo que indica una modalidad de integración o control vertical que, a diferencia de lo señalado en el párrafo anterior, recibe un tratamiento diferente que busca proteger a las entidades públicas.

Otro aspecto institucional se refiere a ciertas disposiciones relacionadas con las ESE, en las cuales se destacan la homologación del período del gerente con el de

los alcaldes, presuntamente para evitar conflictos políticos por la falta de sincronía entre los mandatarios y los gerentes; la revisión de requisitos para establecer una ESE y la posibilidad de que varias de ellas puedan fusionarse y se establezcan categorías de estas entidades según criterios de índole económico, social, administrativo y jurídico, entre otros. Constituye este aspecto un cambio importante frente a la rigidez impuesta por la Ley 100 y los encargados de su implementación, muchos de los cuales pensaron que cada hospital público debería transformarse en ESE, con la consecuente carga de costos que fue responsable en parte de la crisis hospitalaria desatada a partir del 2000.

Por último, la Ley faculta al Ministerio de la Protección Social para que establezca mecanismos para la evaluación a través de "indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar", los cuales podrán usarse para definir estímulos y castigos a las entidades que administren recursos del sistema, oportunidad muy interesante para orientar los esfuerzos de los actores del sistema hacia el alcance de metas en salud".

## **Financiamiento**

El capítulo relativo a financiamiento está cargado de normas relativas a procedimientos, recogiendo seguramente las preocupaciones de varios sectores acerca del flujo de recursos en el régimen subsidiado. Como hechos destacados, que implican algunos efectos económicos, se tienen los siguientes: primero, se incrementa la cotización en medio punto porcentual al pasar del 12 al 12,5% del ingreso base de cotización, 8,5% a cargo del empleador y 4,0% a cargo del trabajador, y se dispone que la totalidad de los recursos nuevos, los cuales

ascienden a cerca de \$ 500.000 millones anuales, se destinen a la financiación del régimen subsidiado, así que se incrementan en 50% los recursos de solidaridad del régimen contributivo.

El aumento en la cotización constituye una sustitución parcial al incremento ordenado por la Ley 797 del 2003, de un punto en la cotización para pensiones en el 2008, si la economía crece por encima del 4% en los últimos dos años. Así que, cumpliéndose estas condiciones, la Ley 1122 toma medio del punto adicional permitido por la Ley 797, solo que si bien en ambos casos se trata de recursos para la seguridad social, en realidad se cambia el ahorro de la población trabajadora por un mayor aporte suyo al régimen subsidiado.

El segundo hecho destacado se refiere al aporte del gobierno para el régimen subsidiado. Aunque se renunció a la posibilidad de recuperar la idea del paripassu, lo que implicaría un aporte gubernamental igual al que resulta de la solidaridad del régimen contributivo, al menos se admitió un monto mínimo para presupuestar en el 2007 (\$ 286.953 millones) y un incremento anual bastante modesto del 1% en términos reales. Se mantiene así la tendencia de normas anteriores, en particular la Ley 344 de 1996 y la Ley 715 del 2001, mediante las cuales se buscaba garantizar al menos 50 y 25%, respectivamente, del monto correspondiente al aporte de solidaridad, pese al bajo cumplimiento del gobierno sobre el particular.

*Fuente:* Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Informe Anual del Consejo, 1994 a 2006; Fondo de Solidaridad y Garantía, estado de actividad económica, financiera y social de 2006 de la cuenta de solidaridad. Las cifras en pesos corrientes se expresaron en pesos del 2006, teniendo en cuenta la tasa de

inflación o variación en el índice de precios al consumidor que reporta anualmente el Dane.

*Notas:* 1) Entre 1994 y 1996, el aporte legal del gobierno es igual a la suma del aporte de solidaridad del régimen contributivo y los recursos de las cajas de compensación familiar (Ley 100).

El sistema de seguridad social en salud ha experimentado dos momentos en cuanto al avance de la cobertura: un primer momento, que culminó hacia 1997, donde se desarrollaron las posibilidades de ampliar la cobertura a partir de los nuevos recursos, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado (Restrepo, 2002), y otro que se inició hace unos tres años, cuando el sistema recibió un nuevo impulso a partir de la renovación de la voluntad política en materia de cobertura en el régimen subsidiado y de la dinámica económica que ha implicado un mayor empleo y, por tanto, más afiliación al régimen contributivo. Es importante destacar que, al margen de cualquier reforma, el gobierno se había propuesto ampliar la cobertura y eso fue consistente con el compromiso de hacer aportes a la cuenta de solidaridad del Fosyga y evitar al menos un mayor atesoramiento de recursos en este fondo.

Figura 2. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1994-2005

La Ley 1122 mantiene intacto el esquema de aseguramiento, hace algunas definiciones sobre el particular, intenta ordenar o ampliar las reglas sobre el ejercicio de esta función primordial del sistema y plantea una nueva meta de cobertura: que el 100% de la población de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén se afilien en los próximos tres años al régimen subsidiado. Sin embargo, no se aborda el régimen contributivo y, si bien intenta establecer un subsidio para la afiliación a

este régimen y definir la movilidad entre regímenes, lo cierto es que no hay claridad al respecto.(Jairo Humberto Restrepo Magíster en políticas públicas. Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia).



#### **1.1.4.5. LEY 1438 DE 2011**

“El propósito de la ley es el fortalecimiento del sistema, enfocado en la atención primaria en salud, la unificación de planes de beneficios, la universalidad del aseguramiento y la garantía de la prestación de los servicios en cualquier lugar del territorio Colombiano.

#### **ASPECTOS IMPORTANTE DE LA REFORMA:**

- .Niños y adolescentes con discapacidad y enfermedades catastróficas en el sisbén 1 y 2 tienen todos los servicios y medicamentos gratis.
- Niños y adolescentes víctimas de violencia física o sexual, tendrán atención integral en rehabilitación gratis.
- Peticiones de medicamentos o servicios por fuera del POS, la EPS tiene 2 días para resolver.
- Segunda instancia ante negativas del comité Técnico – Científico.
- Tres años para reclamar prestaciones económicas por parte del empleador a la EPS.
- Trabajadores temporales o jornaleros de salarios inferiores al salario mínimo mensual legal vigente, podrán seguir en el régimen Subsidiado y no serán afiliados al Contributivo.
- Protección de la continuidad, en los planes voluntarios de salud.
- Desaparecen las multas por inasistencia a citas médicas.
- Los médicos son autónomos para diagnosticar y recetar.
- Control a evasores de los aportes a seguridad social.

En medio del fantasma de posibles ‘micos’ con la ley, el ministro del ramo, Alejandro Gaviria, aseguró en su momento que “con su aprobación, se consagra la salud como un derecho fundamental y, además, se convierte en la primera ley en 22 años de la vigencia de la Constitución que regula un derecho fundamental de carácter social y económico”

En la extensa ponencia se deja claro que la salud es un derecho fundamental, por lo cual “cuando se trate de atención inicial de urgencia, se tiene que prestar el servicio médico sin esperar que el Ministerio de Salud o las entidades prestadoras de servicio determinen la gravedad de la enfermedad”.

El documento, entre sus alcances, ratifica la tutela como mecanismo para exigir derechos en salud, regula los precios de los medicamentos bajo un estándar internacional y obliga a las EPS a atender a todos los pacientes aun cuando estos sean deudores o no se encuentren afiliados a un programa de salud.

Para la Corte Constitucional, la salud “es un derecho que no puede ser sometido para su efectividad a condicionamientos de tipo económico”, por lo cual deja claro que los derechos económicos y sociales no pueden ser absolutos, razón por la cual el Gobierno no puede tener excusas de tipo económico para no prestar la atención prioritaria de salud a los ciudadanos que más lo necesitan y que se encuentran en peligro de muerte.

Uno de los temas álgidos que trata es el del criterio de costo-beneficio establecido en la ley, el cual se refiere al estado del paciente y a la importancia del tratamiento cuando están en fase terminal o con enfermedades de alto costo.

Con la ley vigente, el Gobierno discriminaba entre el tratamiento que ofrecía a una persona que tenía las posibilidades de curarse de otra que no. Ahora, con la ponencia, se deja claro que el costo del tratamiento debe ser asumido por el Estado y no se debe discriminar el tipo ni la fase de la enfermedad del paciente.

La ponencia da plena autonomía a los médicos para que formulen los medicamentos necesarios sin importar el costo para el Estado, lo único que importa es que se preserve el derecho a la salud. Específicamente, permite garantizar la atención a los pacientes en todo el territorio de operación de las EPS. Para ciudades por fuera del territorio, el acceso podrá ser de varias maneras: a través de filiales, convenios entre gestores o, en el peor de los casos, por urgencias.

Respecto a los pacientes de alto costo (con enfermedades raras y que requieren medicamentos costosos), la ponencia contempla dos opciones: la atención mediante redes especializadas pagadas plenamente por el Estado o, alternativamente, la atención por parte de las redes (administradas por los gestores) por cuenta del esquema de reaseguro.

En el texto se deja clara la necesidad de crear una “entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos

que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado” la cual, según el Gobierno, tendría el nombre de Salud MIA, a través de la cual el Gobierno sería el que tenga el control sobre entidades privadas que se negaran a prestar el servicio de salud” (Lorent Gómez Saleh, 2011).

#### **1.1.4.6 Sentencia T 760 de 2008**

Los problemas jurídicos de carácter general, hacen referencia a cuestiones de orden constitucional que tienen que ver con la regulación del sistema de protección del derecho a la salud, que afectan la posibilidad de que éste sea gozado efectivamente por las personas en situaciones concretas y específicas, tal como se evidencia en los casos acumulados en el presente proceso. Todos los problemas generales se pueden reunir en uno sólo, a saber: ¿Las fallas de regulación constatadas en la presente sentencia a partir de los casos acumulados y de las pruebas practicadas por esta Sala, representan una violación de las obligaciones constitucionales que tienen las autoridades competentes de *respetar*, *proteger* y *garantizar* el derecho a la salud para asegurar su goce efectivo? A esta pregunta se responde afirmativamente y se imparten las órdenes necesarias para que se superen las fallas de regulación detectadas. Las órdenes que se impartirán se enmarcan dentro del sistema concebido por la Constitución y desarrollado por la Ley 100 de 1993 y normas posteriores, puesto que excedería la competencia de la Corte ordenar el diseño de un sistema distinto, puesto que dicha decisión compete al legislador.

Las órdenes se impartirán a los órganos legalmente competentes para adoptar las determinaciones que podrían superar las fallas de la regulación que se han traducido en una desprotección del derecho a la salud evidente en las acciones de tutela que se han presentado cada vez con mayor frecuencia desde hace varios años, como se analizará posteriormente, concretamente, la Sala identificó en los expedientes acumulados los siguientes problemas generales:

Desconoce el Estado el derecho a la salud de las personas al permitir que se mantenga la incertidumbre en relación con los servicios incluidos, los no incluidos y los excluidos del plan obligatorio de salud, teniendo en cuenta las controversias que esta incertidumbre produce y su impacto negativo en el acceso oportuno a los servicios de salud? En virtud de lo que ha dicho la jurisprudencia constitucional con relación al derecho a la salud, se concluye que el Estado *desprotege* el derecho a la salud de las personas al mantener las incertidumbres en torno a la cobertura asegurada por el plan obligatorio de salud, pues así impone cargas elevadas y barreras al acceso a los servicios de salud, en razón a los debates y discusiones administrativas y judiciales previas que generan desgastes considerables e innecesarios de recursos de casi todos los actores del sector; además, tales incertidumbres impiden adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de los servicios de salud de tal forma que todos los colombianos pueden acceder de manera oportuna y efectiva a servicios de salud de buena calidad.

En consecuencia, se ordenará a la Comisión Nacional de Regulación en Salud la revisión integral de los Planes Obligatorios de Salud (POS), garantizando la

participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema de salud. Como una medida complementaria, se ordenará a la Comisión de Regulación en Salud la revisión de los Planes Obligatorios de Salud por lo menos una vez al año, con base en los criterios establecidos en la ley (de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional, profirió la Sentencia T-760 de 2008, donde resolvió veintidós acciones de tutela, en las que se solicitaba proteger el derecho a la salud. Veinte de ellas, fueron presentadas por personas que Requerían acceder a un servicio de salud. Las dos restantes fueron presentadas por una EPS (Sanitas) que pedía al Ministerio de la Protección Social, en un caso, y al Consejo Superior de la Judicatura, en otro, que se ajustara la regulación en materia de recobros al Fosyga.

Sistema de salud. La Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional está compuesta por los Magistrados Manuel José Cepeda Espinosa, quien como ponente la preside, Jaime Córdoba Triviño y Rodrigo Escobar Gil. La Sentencia T-760 de 2008 tiene 411 páginas, en la cuáles se incluyen dos anexos (uno con los antecedentes detallados de cada uno de los casos y pruebas decretadas por la Corte, y otro con la génesis y evolución del derecho a la salud en el ámbito internacional e interamericano, principalmente de los tratados que forman parte del bloque de constitucionalidad). En la sentencia se resuelven 13 problemas

jurídicos, nueve de ellos derivados de los casos concretos, 4 de ellos atinentes a las fallas en la regulación y en la vigilancia del sistema de la salud.

A manera de resumen, La Corte Constitucional reiteró que “el derecho a la salud es fundamental”. Ello no significa que sea absoluto. Sin embargo, como cualquier derecho fundamental, la salud tiene un núcleo esencial que debe ser garantizado a todas las personas. Además, el ámbito de dicho derecho puede ser objeto de limitaciones que, para ser admisibles, deben estar justificadas a la luz de los principios de razonabilidad y proporcionalidad.

Dice la Corte que el derecho fundamental a la salud, comprende, entre otros, “el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.”

Dice también que este derecho es tutelable en diversas circunstancias. Y entre ellas, la jurisprudencia constitucional ha resaltado las siguientes:

1-Cuando los servicios de salud se requieren, de acuerdo con el concepto del médico tratante, en especial si el servicio fue ordenado en beneficio de un niño o una niña.

2-Cuando el acceso al servicio es obstaculizado mediante la exigencia previa de que se paguen sumas de dinero, si se carece de capacidad económica.

3-Cuando el servicio que se requiere es un examen o prueba diagnóstica.

4-Cuando la persona incumplió el pago de las cotizaciones a la salud, y la EPS se allanó a la mora.

5-Cuando el servicio se requiere para enfrentar enfermedades catastróficas y de alto costo.

6-Cuando el servicio de salud es interrumpido súbitamente.

7-Cuando la EPS, o la entidad del sector de salud encargada, no brinda la información, acompañamiento y seguimiento necesario para poder asegurar a la persona el acceso a un servicio de salud que requiere.

8-Cuando se obstaculiza el acceso al servicio, al trasladarle al usuario cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS.

9-Cuando el servicio solicitado hace parte integral de un tratamiento que se está recibiendo o que se tiene derecho a recibir;

10-Cuando se obstaculiza a la persona la libertad de elegir la entidad a la cual se puede afiliarse.

Dice además la Corte que el derecho a la salud debe ser respetado por las entidades responsables de asegurar y prestar servicios de salud

Cabe anotar además, que los órganos de regulación y vigilancia del Sistema tienen el deber de adoptar las medidas para proteger el derecho a la salud como son las IPS Y EPS.



#### **1.1.4.7. Proyecto de ley Estatutaria.**

La Sala Plena de la Corte declaró constitucional la ley estatutaria que establece a la salud como un derecho fundamental de los ciudadanos y garantiza una atención sin dilaciones.

Dentro de los aspectos destacados de la sentencia debatida en este por la Corte Constitucional se destaca la garantía de que a todos los colombianos se les preste un tratamiento adecuado según sus padecimientos, al igual que a los pacientes con enfermedades conocidas como de alto costo, sin discriminar EPS o el estado de su patología

Además, la sentencia de la Corte deja en firme el precio tope de los medicamentos y da autonomía a los médicos en el momento de formular los tratamientos que consideren necesarios sin ningún tipo de previsión o reglamentación por el costo de estos.

Al ser aprobada esta ley, falta que sea sancionada por el presidente de la República.

En la extensa ponencia se deja claro que la salud es un derecho fundamental, por lo cual “cuando se trate de atención inicial de urgencia, se tiene que prestar el servicio médico sin esperar que el Ministerio de Salud o las entidades prestadoras de servicio determinen la gravedad de la enfermedad”.

El documento, entre sus alcances, ratifica la tutela como mecanismo para exigir derechos en salud, regula los precios de los medicamentos bajo un estándar internacional y obliga a las EPS a atender a todos los pacientes aun cuando estos

sean deudores o no se encuentren afiliados a un programa de salud. Para la Corte Constitucional, la salud “es un derecho que no puede ser sometido para su efectividad a condicionamientos de tipo económico”, por lo cual deja claro que los derechos económicos y sociales no pueden ser absolutos, razón por la cual el Gobierno no puede tener excusas de tipo económico para no prestar la atención prioritaria de salud a los ciudadanos que más lo necesitan.

Uno de los temas álgidos que trata es el del criterio de costo-beneficio establecido en la ley, el cual se refiere al estado del paciente y a la importancia del tratamiento cuando están en fase terminal o con enfermedades de alto costo.

Con la ley vigente, el Gobierno discriminaba entre el tratamiento que ofrecía a una persona que tenía las posibilidades de curarse de otra que no. Ahora, con la ponencia, se deja claro que el costo del tratamiento debe ser asumido por el Estado y no se debe discriminar el tipo ni la fase de la enfermedad del paciente.

La ponencia da plena autonomía a los médicos para que formulen los medicamentos necesarios sin importar el costo para el Estado, lo único que importa es que se preserve el derecho a la salud. Específicamente, permite garantizar la atención a los pacientes en todo el territorio de operación de las EPS.

Para ciudades por fuera del territorio, el acceso podrá ser de varias maneras:

- A. través de filiales, convenios entre gestores o, en el peor de los casos, por urgencias.

Respecto a los pacientes de alto costo (con enfermedades raras y que requieren medicamentos costosos), la ponencia contempla dos opciones: la atención mediante redes especializadas pagadas plenamente por el Estado o, alternativamente, la atención por parte de las redes (administradas por los gestores) por cuenta del esquema de reaseguro.

- B. En el texto se deja clara la necesidad de crear una “entidad pública de naturaleza especial del nivel descentralizado, con autonomía administrativa, financiera y presupuestal, que afilie directamente al sistema, recaude y distribuya los recursos que hoy financian los regímenes contributivo y subsidiado”, la cual, según el Gobierno, tendría el nombre de Salud MIA, a través de la cual el Gobierno sería el que tenga el control sobre entidades privadas que se negaran a prestar el servicio de salud.(semana-2014-05-29- Mg. Gabriel Eduardo Mendoza).

## CAPITULO II.

### LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD Vs. LAS GESTORAS

#### 2. ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD E. P. S.

Son entidades creadas por la ley 100 DE 1993, encargadas de la afiliación de personas con capacidad de pago en el régimen contributivo y algunas también con autorización para administrar recursos del régimen subsidiado. Las E. P.S. “actúan como compradores colectivos de los servicios de salud para el consumidor, seleccionando y negociando las mejores condiciones con el conjunto de proveedores.” (El Colombiano, 2010)

Las E.P.S. y quienes surten los servicios de salud pueden ser públicos o privados o sin ánimo de lucro. Las E.P.S. reciben por la labor prestada una prima que depende del riesgo de cada afiliado (llamada unidad por capitación) **U.P.C.**, esto tiene que ver con la edad, tienen la obligación de atender el Plan Obligatorio de Salud (**POS**), pudiendo además vender a sus afiliados planes complementarios en los cuales puede haber competencia en precios, no así en el valor de la prima la cual no pueden modificar con el objeto de competir por los afiliados. (Silva, 2010).

Simplemente significa Entidad Promotora de Salud y es la encargada de promover la afiliación al sistema de seguridad social, las E.P.S.´S son las Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas que administran los recursos de Seguridad Social en Salud, las cuales están debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, con resolución vigente y que poseen una red

de servicios de Salud que les permite asegurar los beneficios definidos en el POS-S y estas administradoras pueden ser:

**a-**. Cajas de compensación familiar

**b-**. Empresas Solidarias de Salud

**c-**. Entidades promotoras de salud (EPS) públicas, privadas o mixtas, (silva 2010)

Para comprender la función de las EPS, es necesario reconocer sus características principales, ellas son:

1-.Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

2-. Como es conocido por la mayoría, pertenecer a una E.P.S se logra a través del departamento de gestión humana de la empresa en la que trabaje o para los independientes, por medio de la visita directa a las diferentes entidades que prestan este servicio en la ciudad o el lugar donde viva.

3-. Sin embargo, en el momento de la afiliación, hay un detalle que algunos aún desconocen y otros que lo olvidan. "Cuando se hace la afiliación, la persona tiene derecho a urgencias durante las cuatro primeras semanas, es decir, el primer mes. A partir del segundo mes, ya tiene derecho a pedir las citas médicas". (Silva, 2010)

4-. El objetivo de la E.P.S. es permitir la regeneración de múltiples proyectos.

5-. Se caracteriza por ser una estructura jerárquica que relaciona los diversos proyectos en una posición relativa de cada persona en la empresa. Al crear esta estructura analítica, se determina el nivel de totalización en el cual el proyecto está insertado.(Silva, 2010),(Velez, Natalia Ospina, 2010).

6-. La gerencia de cada proyecto se realiza separadamente, permitiendo así la suma de datos y su traslado y/o visualización en niveles estructurales superiores.

7-.Cambiar la posición relativa de los proyectos, por medio del movimiento de los nudos de la E.P.S., a niveles más bajos o más altos, dependiendo del enfoque del análisis y la jerarquía, facilitando el análisis de los gerentes.

8-.Los recursos que pertenecen a la E.P.S., son colocados dentro de los proyectos. De esta forma es posible obtener relaciones de todos los recursos de un proyecto específico, o todos los proyectos en los un determinado recurso esté asignado. Permite también hacer totalizaciones para fines gerenciales.

9-. Las E.P.S., actúan en los dos regímenes de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: el régimen contributivo y el régimen subsidiado, algunas E.P.S., tienen autorización para actuar en los dos regímenes citados.

10-. Para cumplir con sus responsabilidades las E.P.S., deben conformar una red de servicios para lo cual cualquier entidad promotora de salud puede contratar a clínicas y hospitales (I.P.S.) de forma independiente y autónoma o pueden garantizar el acceso a los servicios con su propia red en lo que se denomina integración vertical, en una magnitud permitida por la Ley, además deben contratar un porcentaje determinado mínimo con instituciones prestadoras de servicios públicas.

11-. Las EPS están supervisadas por la Superintendencia de Salud colombiana y reguladas por las legislaciones gubernamentales y el Ministerio de Protección Social.

12-. En Colombia con el surgimiento de la Ley 100 de 1993 se produjeron cambios en la estructura administrativa y en la de la prestación de servicios de salud, estos cambios están representados por el actual Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual busca dejar al Estado directamente responsable de la regulación del sistema, quitándole de encima el peso de la prestación directa de servicios a través de una red de instituciones que dependen directamente del Ministerio de Salud.

13-. En 1991 con la aprobación de la nueva Constitución Política, y en relación con la salud se estableció que "la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio, prestado bajo la dirección, coordinación y control del Estado" Este proceso manifiesta los principios de descentralización, universalidad, solidaridad, equidad, eficiencia y calidad que deben tener el servicio de salud en Colombia.(cierra, 1991)

## **2.1. FUNCIONES BASICAS DE LAS E. P.S.**

La ley 100 de 23 de diciembre de 1993, define una serie de funciones básicas a las E.P.S., funciones que son de obligatorio cumplimiento, si una empresa quiere entrar a hacer parte del mercado. Estas funciones a grandes rasgos, se pueden contemplar dentro de tres grandes grupos:

**Cuadro No. 1. Funciones de las EPS**

| FUNCIONES ADMINISTRATIVAS  | FUNCIONES ECONOMICAS   | FUNCIONES LOGISTICAS  |
|--|--|---|
| <p>La prestación de una serie de servicios de salud, para esta última función, las EPS podrán prestar los servicios directamente o contratar externamente los mismos, teniendo en cuenta el uso de unos criterios financieros en sus procesos de contratación para racionalizar la demanda de los servicios y disminuir la explosión del gasto en salud.</p> | <p>El manejo financiero de recursos a partir de una delegación del Gobierno</p> <p>Poseer y sostener una estructura financieramente viable, que permita una sobrevivencia económica a largo plazo.</p> | <p>afiliación y representación de los habitantes de Colombia</p> <p>Tener como objetivo la afiliación de los ciudadanos, garantizar los derechos a los usuarios, que están representados en un Plan Obligatorio de Salud y contemplados dentro de la resolución 5261 de 1994 y en el decreto 806 de 1998 del Ministerio de Salud.</p> |
| <p>El Decreto 723 de 1997, acogiendo a lo estipulado en la Ley 344 de 1996, reglamenta que en la</p>   | <p>Dentro del proceso de acreditación se tiene que las EPS deben demostrar:</p> <p>Una responsabilidad</p>   | <p>Un número mínimo de afiliados.</p>   |



|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>relación dada entre las E.P.S., y las I.P.S., las primeras están obligadas a contratar como mínimo el 40% del monto destinado a la contratación de servicios de salud con entidades de carácter público, lo cual se constituye desde entonces un requisito para su permanencia dentro del mercado.</p> <p>Tener una organización empresarial que permita realizar procesos de información, vigilancia, técnicos y administrativos.</p> | <p>financiera para manejar un monto fijo en gastos administrativos</p> | <p>Promover la afiliación y afiliar a todo aquel que lo solicite.</p> |
| <p>Un sistema de reaseguros para evitar colapsos</p>  | <p>Implantar un sistema de administración financiera</p>               | <p>Informar al usuario del estado de su afiliación</p>                |

|  |  |   |
|--|--|---|
| económicos por eventos catastróficos o de alto costo.  |  |   |
| Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, tratando de evitar contingencias o patologías prevenibles.  | Las entidades no deben presentar cartera morosa a más de 30 días | Desarrollar actividades de Prevención y Promoción |
| Organizar un sistema de prestación de servicios  | Un nivel de endeudamiento menor al 50% del patrimonio.           |   |
| Adicionalmente establece un porcentaje mínimo del valor de la UPC destinado a la prestación de servicios de salud (75%) y de actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad (10%). |  |   |
| La Superintendencia  |  |   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Nacional de Salud es el organismo encargado de aplicar las sanciones de su competencia a las Entidades Promotoras de Salud que incumplan con los requisitos; dentro de las sanciones están:</p> <p>Multas en cuantías hasta de doscientos (200) salarios mínimos legales mensuales vigentes.</p> <p>Intervención de la gestión administrativa y/o técnica de las entidades que presten servicios de salud, por un término hasta de seis (6) meses.</p> <p>Suspensión o pérdida definitiva de la personería jurídica de las personas privadas que presten servicios de salud.</p> |  |  |
|---|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
| Suspensión o pérdida de la autorización para prestar servicios de salud. |  |  |
|--|--|--|

## **2.2. CARACTERISTICAS DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LA E.P.S.**

La Aptitud de la atención en salud está dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debe tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios, y estas en calidad de la atención en salud son:

- 1-. La accesibilidad, la ocasión, la seguridad y la racionalidad técnica.
- 2-.La calidad íntegra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integralidad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Todos los sistemas de Garantía de Calidad deben abarcar tres perspectivas:

Estándares clínicos.

Desempeño de la gerencia.

Satisfacción del usuario.

Para poder medir estas perspectivas se hace necesaria la utilización de Indicadores de Calidad los cuales son muchos pero para efectos de este trabajo se presentan únicamente los más utilizados en relación con la atención a los usuarios.(silva, 2010).

### 3. ¿QUÉ ES UNA GESTORA?

Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de Mi-Plan.(Proyecto de ley , 2012).

**Empresas Gestoras de salud**, diversos sectores han manifestado que no se ve un cambio respecto al rol que venían desempeñando las Empresas Promotoras de Salud, es un cambio de nombre, mas no de funciones, que además son muy amplias, sin mayor claridad al respecto dentro del articulado. Otros actores han manifestado que la figura de intermediación de las EPS o de cualquier agente privado debe desaparecer en el nuevo sistema.

También han surgido dudas alrededor de cuál va a ser el reconocimiento económico o incentivo para las gestoras, teniendo en cuenta que dentro del sistema están presentes incentivos perversos en los que prima la captura de renta en cualquier nivel del sistema. Los incentivos deben estar orientados a priorizar la garantía del derecho a la salud antes que la renta.

Se ha propuesto que las gestoras tengan el papel de gerencia intermedia entre el fondo y los usuarios. Estas gestoras no deben manejar los recursos ni encargarse de la prestación de servicios. Si las gestoras siguen manejando la prestación se siguen generando las ineficiencias en este aspecto. Pero esta intermediación no debe ser un factor que genere renta, puesto que el proyecto de ley contempla utilidades a esta intermediación. Esta forma de remuneración a gestores puede generar barreras de acceso.

Para mejorar la transparencia, debe haber una auditoría externa a las gestoras.

Ha sido tema de gran controversia que dentro del proyecto de ley 2010/13 la salud sea considerada como servicio público y no como un derecho fundamental. Reduce el derecho a la salud al plan de beneficios con atención costo-efectiva y en el marco de la sostenibilidad fiscal. Se sigue insistiendo además en la capacidad de pago y no en el mejoramiento del acceso real y efectivo, manteniendo así la segmentación de la población. Ligado al tema del derecho a la salud, un interrogante que ha surgido es ¿Qué va a pasar con la tutela?, esto ha dado lugar a interpretaciones sobre su eliminación como mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud. También se ha manifestado la necesidad de promulgar primero la ley estatutaria antes que la ley ordinaria.

Frente al **plan de beneficios -Mi Plan-** hay voces encontradas, puesto que algunos sectores manifiestan que en términos generales no debe considerarse un plan de beneficios costo-efectivo como núcleo esencial del derecho a la salud, ya que mantiene la intermediación financiera a través de dobles pagos, cuotas moderadoras, reaseguros y entrega y cesión de la Unidad de Pago por Capitación UPC, limitando así el acceso a los servicios. Otros por el contrario, manifiestan inquietud frente a la sostenibilidad financiera del sistema al definir solo una pequeña lista de exclusiones.

Se debe tener una lista clara de exclusiones para que no suceda lo que sucedió con el No POS, lo que permitió la alineación de intereses para capturar rentas favoreciendo el enriquecimiento de muchos actores del sector salud en detrimento del derecho a la salud.

Se necesita mayor claridad sobre el reaseguro de enfermedades de alto costo, ya que puede ser un punto crítico dentro de la reforma.

Según lo manifiestan algunos sectores, continúa la segmentación del sistema al mantener la división entre **Régimen Subsidiado, Régimen Contributivo y medicina prepagada**. No es conveniente que se considere el uso de parte de la UPC para el pago de seguros privados fortaleciendo aún más el negocio del aseguramiento. Estos planes deben estar por fuera del sistema. Se ha propuesto que se debe eliminar la diferenciación entre Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, este último solamente debe existir para la diferenciación de la fuente de financiación.

También se ha criticado que se mantenga la **integración vertical**, razón por la cual se ha insistido al Gobierno la eliminación de este mecanismo, puesto que mantiene las barreras de acceso a los servicios. Se recomienda que no se permita la integración vertical para las gestoras en salud por el conflicto de intereses y menos en la red de servicios básicos. Puede disminuir la calidad de los servicios para mejorar la rentabilidad de los agentes con esta integración.

Otro tema que ha generado inquietudes son los **mecanismos de inspección, vigilancia y control** así como el fortalecimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, ya que aún no se ve con claridad dentro del articulado este componente. Adicionalmente, se cuestiona que el usuario no tenga representación en el sistema y que el control del sistema solamente recaiga en la Supersalud, pues se corre el riesgo de continuar siendo una entidad capturada por intereses políticos. Se propone otorgar funciones a los entes territoriales, así como dar una mayor participación al usuario dentro de la vigilancia y control del mismo.



Un punto controversial adicional ha sido la propuesta del Gobierno de que la **elección de gerentes** de hospitales la hagan alcaldes y gobernadores, al considerarlos como cargos de libre nombramiento y remoción. Aseguran que va en detrimento de la meritocracia y se corre el riesgo de que estos hospitales se vuelvan fortines burocráticos. Sin embargo, algunos sectores ven esta medida como positiva al favorecer la descentralización.

Respecto a la **conformación de redes**, ¿Cuál va a ser el ente competente para conformar estas redes? En el articulado no está muy claro si son las gestoras o los entes territoriales. Se considera que hay una improvisación en la propuesta de organización de redes de servicios y su definición. Además se desconoce la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud contempladas en la Ley 1438/11.

Se ha insistido mucho también en la falta de conexión entre la propuesta y el *Plan Decenal de Salud Pública*. Se sigue manteniendo la división entre "prestaciones individuales" y "acciones de salud pública" sin tener en cuenta la continuidad que debe haber entre los diferentes tipos de atención. También surgen inquietudes frente a la *Atención Primaria en Salud* como estrategia orientadora del sistema, ya que en el articulado tampoco se hace claridad en ese sentido.

Tampoco está clara la relación entre las gestoras y los entes territoriales para el desarrollo de acciones de salud pública. La sugerencia de quienes han opinado es considerar estímulos para el manejo de problemas de salud pública por parte de estos entes territoriales (ADEMIA Nacional De Medicina, Federación Médica Colombiana, Asociación Colombiana de sociedades científicas, Asociación médica

Colombiana, ASMEDAS, el Colegio Medico Colombiano y la Asociación Colombiana de Internos y residentes Anir).

## CAPITULO III.

### DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE EPS Y GESTORAS

#### 3. EPS Vs. GESTORAS

En el presente apartado se presentan las diferencias y similitudes entre las EPS y las “Gestoras”, encontradas tras el análisis de la ley 100 de 1993 y la propuesta de reforma.

**Cuadro No. 2. Diferencias entre EPS y Gestoras**

|                 | <b>DIFERENCIAS</b>  |
|-----------------|---|
| <b>EPS</b>      | Concurso público para cubrir las plazas de las respectivas Gerencias de los hospitales Público.   |
| <b>GESTORAS</b> | Los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado serán de libre nombramiento y remoción por parte de la autoridad nacional o territorial competente, los gerentes o directores cuyo periodo no haya culminado. |

### Cuadro No. 3. Similitudes entre EPS y Gestoras

|            | <b>SIMILITUDES</b>   |
|------------|--|
| <b>EPS</b> | Conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida.   |
|            | El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la Afecten.                      |
|            | El servicio público esencial de seguridad social se presta con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.  |
|            | El sistema de seguridad social integral, es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios. |
|            | Una E. P. S. Son entidades creadas con la ley 100 DE 1993, encargadas de la afiliación de personas con capacidad de pago en el régimen contributivo y algunas también con autorización para administrar recursos del régimen subsidiado.                                     |

|                 |  |
|-----------------|--|
|                 | <p>Una función de afiliación y representación de los habitantes de Colombia.</p> <p>El manejo financiero de recursos a partir de una delegación del Gobierno.</p> <p>La prestación de una serie de servicios de salud, para esta última función, las EPS podrán prestar los servicios directamente o contratar externamente los mismos, teniendo en cuenta el uso de unos criterios financieros en sus procesos de contratación para racionalizar la demanda de los servicios y disminuir la explosión del gasto en salud.</p> |
|                 | <p>El régimen subsidiado lo presta el Estado, mientras el contributivo lo ofrece las E.P.S en la cual está afiliado el ciudadano.</p>  |
| <b>GESTORAS</b> | <p>Organiza, dirige, coordina y controla la prestación del servicio público de salud y los roles de los actores involucrados.</p>  |
|                 | <p>El objetivo del Sistema es lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad n de vida.</p>  |
|                 | <p>Manejo unificado de los recursos destinados a la financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, artículo 5. Creación de Salud-Mía.</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Es el proceso de definición de los criterios y verificación continúa del cumplimiento de las condiciones mínimas de carácter científico, técnico, funcional, de recursos humanos, administrativo, financiero y de infraestructura, que deben disponer los Prestadores de Servicios de Salud y las Redes de Prestadores de Servicios de Salud.</p>  |
|  | <p>Son personas jurídicas de carácter público, privado o mixto, vigilados por la Superintendencia Nacional de Salud responsables de operar una Red de Prestadores de Servicios de Salud dentro de una Área de Gestión Sanitaria para garantizar las prestaciones individuales de mi Plan.</p>   |
|  | <p>Son principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud los siguientes:</p> <p>Universalidad, Solidaridad, Eficiencia, Igualdad, obligatoriedad, Prevalencia de derechos, Protección especial a las niñas y niños, Enfoque diferencia, Equidad, calidad, Participación Social, Progresividad, Libre Escogencia, Sostenibilidad, Transparencia, Descentralización Administrativa, Complementariedad, Concurrencia, Corresponsabilidad, Irrenunciabilidad, Intersectorialidad, Prevención entre otros.</p> |
|  | <p>Cada Gestor de Servicios de Salud en una determinada Área</p>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>de Gestión Sanitaria tendrá derecho a los siguientes reconocimientos económicos y pagos por parte de Salud-Mía:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Una suma fija anual para financiar los gastos de administración, definida por el Ministerio de Salud y Protección Social con base en el número de usuarios, la cual será girada en cuotas mensuales;</li> <li>2) Un valor per cápita ajustado por riesgo. Este se dividirá en: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) una fracción para cubrir parcialmente el costo de las prestaciones individuales de Mi-Plan y;</li> <li>b) la fracción restante condicionada al logro de acciones o resultados en salud.</li> </ol> </li> </ol> |
|  | <p>Los Gestores de Servicios de Salud definirán con cada uno de los Prestadores de Servicios de Salud que integran su red el mecanismo y la forma de pago por los servicios pactados. Estos pagos deben contener al menos una porción fija anticipada en función de los servicios pactados, y una variable en función del desempeño en el cumplimiento de metas de resultados en salud y calidad en el servicio. Con base en ello ordenará a Salud-Mía realizar los giros correspondientes a los Prestadores de Servicios de Salud.</p>  |

## **Análisis de las diferencias y similitudes entre las Gestoras y EPS.**

Nosotros como investigadores las EPS solo cambiarán de nombre y esta reforma las deja con grandes beneficios, además de aseguradores, que les permite no prestar servicios y quedarse con una plata de la salud van a quedar con recursos de administración, incentivos, una cuota per cápita por riesgo y de redistribución del riesgo, copagos, cuotas moderadoras y los rendimientos financieros, mientras menos servicios se presten, más tasa de rentabilidad les queda, pero en realidad continuamos con un gran modelo de comercialización, en cuento la salud. Insistiendo en los cambios diferencias es solamente el nombramiento y la remoción de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado quedaría en manos de los entes departamentales y municipales lo que, según algunos analistas, expone los cargos de los grandes políticos.



## **CONCLUSIONES**

La creación de las Gestoras no refleja diferencias frente a las E.P.S., según lo que plantea el nuevo proyecto de ley en salud, cabe destacar que la mayoría que plantea en las Empresas Gestoras es fiel copia de las empresas que hoy en día conforman las E. P.S.s, y sin lugar a duda no identificamos cuales son las diferencias entre las E.P.S.s, y las Gestoras según lo que se plantea en el Proyecto de Ley en salud.

La implementación de SGSSS ha venido afrontando problemas que afectan seriamente la estabilidad de sus finanzas debidas, entre otros, a la interpretación que las altas cortes están dando al derecho a la Vida y a los Servicios de Salud definidos en la Constitución de 1991 y en las leyes.

La no clara diferenciación entre el Derecho a la Vida y el Derecho a la Salud así como la prioridad que le han dado al derecho individual sobre el derecho colectivo, han dado pie a la continua y permanente interposición de tutelas que fallan en contra del sistema General de Salud y del Derecho Colectivo.

La prestación de una serie de servicios de salud, para esta última función, las EPS podrán prestar los servicios directamente o contratar externamente los mismos pero en busca de buen servicio para el Ciudadano Colombiano, pero teniendo en cuenta el uso de unos criterios financieros en sus procesos de contratación para racionalizar la demanda de los servicios y disminuir la explosión del gasto en salud.

El sistema de seguridad social integral tiene por debe garantizar los Derechos Irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la Afecten y que a la vez se encuentre una pronta Solución por parte del Estado Colombiano.

El Sistema de Salud debe lograr el mejor estado de salud posible de la población por medio de acciones colectivas e individuales de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de la atención integral, continua y de calidad de vida de los habitantes del País que representan, es decir, de cada país de origen.

El sistema de seguridad social integral busca armonizar a las entidades públicas y privadas, sobre sus normas y procedimientos conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales laborales para fortalecer los servicios sociales complementarios.

## BIBLIOGRAFÍA

- alexa.com*. (12 de diciembre de 2012). Recuperado el 26 de enero de 2014
- alexa.com*. (12 de diciembre de 2012). Recuperado el 26 de enero de 2014
- Proyecto de ley . (24 de noviembre de 2012). *Reforma de la salud*. Bogotá, Colombia.
- Andina, F. d. (13 de agosto de 2012). *innovasoftcol.com*. Recuperado el 24 de julio de 2014, de [admisionesareaandina.com/salud](http://admisionesareaandina.com/salud).
- Causil, K. (8 de marzo de 2012). *clubensayos.com*. Obtenido de <http://clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/Sentencia-T168-2005/668860.html>
- cierra, F. G. (1991). *Constitucion policita de Colombia*. Bogota: Leyer.
- Investigadores. (2013). *Patente nº 1*. colombia.
- Secretaria de Salud. (xxx). *Las EPS en Colombia*. xxxx, xxx.
- Silva, Y. (20 de junio de 2010). *El colombiano.com*. Recuperado el 26 de febrero de 2014
- Spindler, S. (03 de junio de 2011). *www.cntv.org.co*.
- Velez, Natalia Ospina. (8 de junio de 2010). *El Colombiano*. (N. O. Velez, Editor) Recuperado el 30 de mayo de 2014, de El Colombiano: [www.elcolombiano.com](http://www.elcolombiano.com)