

¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122?*

Jairo Humberto Restrepo

Magíster en políticas públicas. Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia

Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 82-9

La 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 prevalente 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 reforma, entre consensos y disensos

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

* Una versión preliminar del contenido de este artículo fue presentado en el foro que sobre la Ley 1122 realizó la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la Universidad de Antioquia el 2 de febrero del 2007.

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).

Partiendo de estas iniciativas, del afán del gobierno por realizar una reforma al sistema pensional mediante el cierre del iss y la apertura de un mercado conformado por las administradoras de pensiones, y del interés de un sector del Congreso por desarrollar la Constitución, se originó la Ley 100 de 1993, la cual puede entenderse como una política pública bastante ambiciosa y compleja que combinaba la ampliación sustancial de recursos con la adopción de unos cambios estructurales en el sistema de salud (Restrepo, 1999). Una vez adoptada la Ley 100, luego de una serie de acuerdos que darían lugar al Sistema de Seguridad Social en Salud y a la coexistencia del sistema de pensiones del iss junto con las administradoras privadas, se iniciaría su implementación, la cual se vio marcada por el resurgimiento de desacuerdos, retrasos e inconsistencias.

En medio de esta discusión, la presión fiscal y los intentos por garantizar la sostenibilidad financiera, se han generado cambios en los parámetros básicos del sistema de pensiones y en los aportes gubernamentales y el flujo de recursos del sistema de salud. Desde la Ley 344 de 1996 se ha buscado formalizar el aporte del gobierno para el financiamiento del régimen subsidiado, muy por debajo de lo que pensaron quienes discutieron la Ley 100, intención que se manifestó nuevamente con la Ley 715 de 2001 (Restrepo et al, 2006), pero ambas normas fueron declaradas inconstitucionales en este aspecto a partir de demandas instauradas por quienes, invocando el Estado Social de Derecho, han buscado la ampliación de recursos, pero que al final, sin quererlo, han impedido que al menos se sostenga un aporte mínimo (figura 1).

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.

Con la acumulación de debates no resueltos, la crisis de entidades públicas y una serie de descontentos sobre el funcionamiento del sistema, en el 2003 se conformó una comisión accidental en el Congreso para examinar la cuestión y preparar alguna reforma. Pero al mismo tiempo, el gobierno y varios sectores del Congreso se dieron a la tarea de presentar propuestas de reforma, repitiéndose esta práctica durante tres legislaturas consecutivas, producto de lo cual en el 2005 se tenía una ley más o menos consensuada, pero que fracasó a punto de ser aprobada, al parecer en buena medida por la discusión sobre la participación de agentes privados en la administración del seguro, particularmente sobre la integración vertical con los prestadores de servicios. Finalmente, en el 2006, con varios proyectos en trámite y el debate electoral de fondo, se lograron acuerdos bajo el liderazgo de la coalición de gobierno para aprobar el texto que finalmente se conoce como Ley 1122 de 2007.

¿Qué busca la nueva ley?

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.

- 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 de-

cisiones, 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).

Respecto a la Comisión, ahora existirá un organismo estatal encargado de tomar decisiones con soporte en un sistema de información a su servicio, contrario al sistema de información privatizado que imperaba hasta ahora. Los cinco comisionados expertos se dedicarán de tiempo completo al análisis del sistema y la toma de decisiones, en compañía de dos ministros o viceministros. También contará la Comisión con una secretaría técnica y presupuesto propio. En general, se mantienen para la Comisión las funciones sobre operación del sistema con las que contaba el Consejo, en particular la definición de la UPC y del plan obligatorio de salud (POS), incluido lo relativo a los subsidios parciales. Como función adicional, que constituye uno de los aspectos más complejos de la Ley 1122 y que fue tema de campaña presidencial, se tiene la de establecer un sistema de tarifas, con un manual de tarifas mínimas, revisado cada año y que incluya honorarios profesionales (ver anexo).

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 qué 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 destinan 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 *pari passu*, 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 (figura 1).

Finalmente, como tercer hecho destacado hay que señalar que, como profundización de la transformación de recursos ordenada en leyes anteriores, se reforma el artículo 214 buscando ordenar las rentas del régimen subsidiado. Es así como se modifica el destino de las partidas del sistema general de participaciones con destino a salud, de modo que para el régimen subsidiado se incrementa la participación desde 50% en el 2006 a 56% en el 2007, a 61% en el 2008 y a 65% en el 2009, con lo cual se liberan recursos para este régimen, que pueden ascender a unos \$ 500.000 millones. Además, los departamentos deberán destinar por lo menos 25% de las rentas cedidas (recaudos por impuestos a la cerveza, licores y loterías) al régimen subsidiado a partir del 2009. Por último, se abre la posibilidad de que los afiliados realicen aportes, en particular quienes reciben subsidios parciales y quieran aplicar al subsidio pleno o al POS del régimen contributivo.

Aseguramiento

El sistema de seguridad social en salud ha experimentado dos momentos en cuanto al avance de la cobertura (figura 2): 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

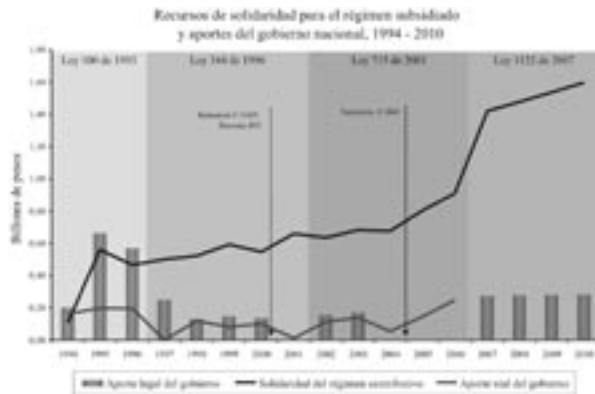


Figura 1. Recursos de solidaridad para el régimen subsidiado y aportes del gobierno nacional, 1994-2010

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). En estos años, el aporte real resultó más bajo, y luego de un fallo judicial, el gobierno ha venido pagando la deuda correspondiente. 2) A partir de 1997 rigió la Ley 344 de 1996, en la cual se estableció un aporte gubernamental del 50% de los recursos de solidaridad del régimen contributivo en ese año y al menos un 25% a partir de 1998; sin embargo, un fallo de la Corte Constitucional anuló la norma en el 2000 y por eso no había precisión sobre el aporte legal en el 2001, así que puede entenderse como cero.

3) En el 2002 entró en vigencia la Ley 715 de 2001, en la cual se fijó un aporte fijo del 25% de los recursos de solidaridad del régimen contributivo, pero de nuevo la norma cayó por inconstitucionalidad, así que entre el 2004 y el 2006 no existió obligación legal específica.

4) A partir del 2007, luego de un aporte real importante en comparación con la tendencia histórica, la Ley 1122 obligó al gobierno a dar un aporte de \$ 286,953 millones, con un aumento real anual de 1% anual.

5) Las proyecciones del aporte de solidaridad del régimen contributivo para 2007 a 2010 se calcularon teniendo en cuenta su tasa de crecimiento real entre 1995 y 2005, que fue del 4%.

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.

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.

Un aspecto poco afortunado, en cuanto contradice la idea o desvía el horizonte de una cobertura universal en sentido de población con planes de beneficios idénticos, es que la Ley le da un carácter permanente al esquema de subsidios parciales, lo cual no es más que un subsidio pleno a la cobertura de un plan de beneficios parcial. Estos podrán emplearse para afiliación a población del nivel 3 del Sisbén en los municipios en los que se haya alcanzado una cobertura del 90% de subsidios plenos en los niveles 1 y 2, con una UPC que no puede ser inferior a 50% del valor de la UPC del régimen subsidiado.

Por último, dentro de las preocupaciones que se plantearon en el debate que dio lugar a la Ley 1122, están la evolución de las atenciones de alto costo, las cuales, además de poner en riesgo a algunas entidades en particular, pueden generar dificultades financieras

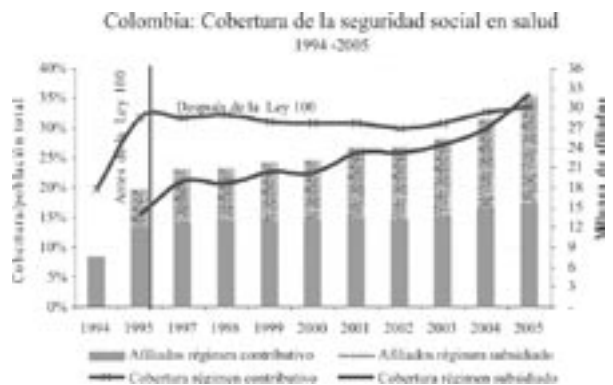


Figura 2. Colombia: cobertura de la seguridad social en salud, 1994-2005

Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social. Informe Anual del Consejo, 1994 a 2006. Cálculos del Grupo de Economía de la Salud.

para el sistema en su conjunto, así como la afiliación de la población independiente. En cuanto al primer asunto, la Ley no avanzó más allá de lo que ya se tenía y trasladó la reglamentación al gobierno, esto es, que “para la atención de enfermedades de alto costo las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el Gobierno Nacional” (art. 19). Sobre el segundo asunto, la Ley formalizó lo que se tenía en normas anteriores, de modo que “los independientes contratistas de prestación de servicios cotizarán al Sistema General de Seguridad Social en Salud el porcentaje obligatorio para salud sobre una base de la cotización máxima de 40% del valor mensualizado del contrato”, dejando en manos del gobierno la reglamentación sobre un sistema de presunción de ingresos.

Acceso

Debe recordarse que el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene dos propósitos esenciales: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población a los servicios de salud en todos los niveles de atención. La Ley 1122 busca ajustar principalmente el desarrollo del propósito relativo a la regulación y puede ser que algunas de sus disposiciones impacten favorablemente las condiciones de acceso, aunque sigue predominando la idea de que acceso es cobertura.

Algunos aspectos que toca la Ley 1122 y que pueden significar mejoras en cuanto al acceso son los siguientes: se procura garantizar accesibilidad geográfica al disponer que “se garantizarán los servicios de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia de los afiliados”, aunque hace falta hablar de lo que sucede en las ciudades; se reducen barreras económicas para la población del nivel uno del Sisbén en el régimen subsidiado, al eliminar los copagos, y se promete un incremento del pos subsidiado y se adopta la figura del defensor del usuario.

Conclusiones

Esta reflexión sobre la Ley 1122 evoca el doble significado que adquiere la ley y las ambigüedades a las que esta se encuentra sometida en Colombia. Un primer significado, que puede encontrarse en Tomás de Aquino, se refiere a la ley como una ordenación de la razón, así que en el ejercicio de definir una ley se indaga por lo que se está ordenando desde el punto de vista racional, lo que se busca en cuanto a la definición de normas para la sociedad, dirigido al bien común y promulgado por el legislativo. Por otra parte, una de las preocupaciones de los economistas radica en contar con un sistema legal eficiente, con unas instituciones que, aunque generen limitaciones para ejercer el derecho a la libertad de em-

presa y a la ciudadanía, puedan propiciar y facilitar el intercambio, la certidumbre y sobre todo, la confianza, de tal forma que ciudadanos y empresarios puedan contar con un sistema legal en el que sientan confianza.

La ley goza así de dos miradas: primera, la ley como una norma, una serie de prescripciones acerca de la sociedad y de quienes habitan en ella, y segunda, la ley como el resultado de un proceso de negociación que puede pasar por un análisis acerca del grado de eficiencia o ineficiencia que pueda generar. La lectura de la Ley 1122 deja entrever que en ella predomina la negociación entre grupos o gremios y sectores de opinión, buscando tomar ventajas de tipo político o económico, mientras el rigor técnico y jurídico y el carácter mismo de la ley como ordenación racional quedan supeditados a tales acuerdos, que se mantendrán en la fase de reglamentación e implementación, pues no se tomaron mayores decisiones de fondo ni se precisaron los cambios sobre la legislación vigente.

La Ley 1122 no produce cambios estructurales sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud y, más bien, establece algunos ajustes sobre su funcionamiento y operación. Sin embargo, algunos aspectos consagrados en la Ley pueden facilitar un mejor desempeño del sistema en cuanto responden a debilidades reconocidas de tiempo atrás. Lo más destacado se refiere a la creación de la CRES, a partir de la cual se contará con la formación de una base técnica e informada para la orientación del sistema en cuanto a planes de beneficios y precios. En este mismo sentido, otros aspectos que permitirían una mejora en la dirección y el control del sistema se refieren al fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud, la creación del defensor del usuario y el establecimiento de indicadores de gestión y resultados. Además, como aportes a una posible mejora en eficiencia y proyección social se encuentran las disposiciones relativas a las ESE, lo cual constituye un cambio importante en cuanto al tratamiento o la concepción que se había formado de estas entidades.

En materia de cobertura, con un mayor aporte de la población del régimen contributivo y un tímido esfuerzo del gobierno que implica abandonar la idea del *pari passu*, se cuentan con recursos para una ampliación importante de la población afiliada al régimen subsidiado, y esto permitirá un avance hacia la cobertura universal, aunque se genera una confusión en cuanto a lo que se entiende por universalidad, pues en el régimen contributivo no hay muchos avances y se intenta formalizar el esquema de subsidios parciales, así que parece darse por hecho la permanencia de un sistema fragmentado.

Dentro de los temas pendientes se destaca la salud pública. Si bien se establecen en la Ley las directrices sobre un plan nacional de salud pública, entendido como un componente de salud en el plan de desarrollo, no existen cambios de fondo que auguren un mejor or-

denamiento de los recursos y las competencias sobre el particular. Un aspecto que vuelve a ser objeto de cambio normativo es el de los recursos de promoción y prevención del régimen subsidiado, los cuales ya no serán administrados directamente por las alcaldías, sino que lo harán las ARS, pero estas quedan obligadas a contratar con las ESE.

Por último, un asunto que pudiera quedar como letra muerta o dar cuenta de la persistencia de conflictos entre los actores del sistema es el de la integración vertical. No ha sido claro ni coherente el propósito de limitar la contra-

tación con redes propias, como no está claro qué es al fin lo que se pretende regular, si es el tema de los contratos o el poder de mercado y, menos aún, se toma el camino más adecuado de apuntarle a la calidad y la vigilancia en la prestación de servicios y el cumplimiento del derecho, sin importar el carácter del prestador o administrador.

Agradecimientos

El autor agradece la colaboración de Laura Sánchez, joven investigadora del GES, así como los comentarios y sugerencias de Aurelio Mejía y Walter Salas.

Anexo. Organismos de regulación en la Ley 100 y en la Ley 1122

Ley 100 de 1993	Ley 1122 de 2007
<p><i>Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Organismo de dirección, adscrito al Ministerio de la Protección Social — No tiene personalidad propia ni patrimonio. — Su conformación es compleja y presenta una autonomía restringida. — Tiene representatividad de todos los sectores que intervienen en el sistema. <ul style="list-style-type: none"> • 14 miembros con voz y voto, de origen gubernamental y no gubernamental; estos últimos por dos años, a partir de organizaciones mayoritarias. • Un secretario técnico (funcionario MPS) • Asesores permanente • Invitados. — No tiene presupuesto. <p>Funciones:</p> <p>Definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> — el POS contributivo y subsidiado. — monto de cotización. — valor UPC contributiva y subsidiada. — medicamentos esenciales y genéricos del POS. — criterios de selección de beneficiarios del RS. — el régimen de pagos compartidos. — el régimen para el pago de incapacidades. — medidas para evitar la selección adversa. <p>y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> — recomendar criterios para establecer tarifas de servicios por las IPS en casos de riesgo catastrófico, accidentes de tránsito y urgencias; — reglamentar los Consejos Territoriales; — consejo de Administración del Fosyga; — presentar informe anual al Congreso 	<p><i>Comisión de Regulación en Salud (CRES)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Unidad administrativa especial, adscrita al Ministerio de la Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial. — “En casos excepcionales, motivados por situaciones de emergencia sanitaria [...], el MPS asumirá temporalmente las funciones de la Comisión”. — Está conformada por expertos, <ul style="list-style-type: none"> • Siete miembros. Dos ministros y cinco expertos (maestría con 10 años de experiencia), designados por períodos de tres años a partir de méritos y consultando a ciertas entidades. • Secretaria Técnica. • Asesor y consultor: El Consejo. — Presupuesto con recursos del Fosyga. <p>Funciones:</p> <p>Definir:</p> <ul style="list-style-type: none"> — POS- C y POS-S. — valor UPC, UPC-S y UPC-S parcial. — medicamentos esenciales y genéricos del POS — el régimen de pagos compartidos. — el régimen para el pago de incapacidades. <p>y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> — establecer sistema de tarifas, con un manual de tarifas mínimas, revisado cada año, y que incluya honorarios profesionales. — recomendar proyectos de ley o decretos. — presentar informe anual al Congreso.

Referencias

1. Castaño, Ramón Abel, (2005). “Estado, mercado y análisis económico: complementos, o sustitutos”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Bogota. Vol. 04, No. 08, Julio. pp. 79-90.
2. Flórez Enciso, Carmen Elisa (2002). *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Bogotá D.C., Fundación Ford - Fundación Corona.
3. Gómez C, Sánchez LH, Ramírez M. *Experiencia del Consejo colombiano de seguridad social en salud como conductor de la reforma: Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones*. [Informe de Investigación]. Bogotá: ASSALUD, 2003
4. Universidad de Antioquia. CIE. Grupo de Economía de la Salud - GES. *Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia*. Observatorio de la Seguridad Social . 2005; 04(10):1-10
5. Harvard University School of Public Health, (1996). *Report on Colombian Health Reform and Proposed Master Implementation Plan*. Revised Draft Final Report. Bogotá D.C., Ministerio de salud.
6. Hernández A, Vega R “El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión”. *Revista gerencia y políticas de salud*. Pontificia Universidad Javeriana. 2001; 1(1): 48-73.
7. Jaramillo Pérez I. *El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la ley 100*. 4 ed. Bogotá D.C.: Fescol;1999
8. Molina CG, Trujillo JP. *La Reforma del Sistema de Seguros de Salud: Una Comparación de Tres Propuestas*. Santa fe de Bogotá D.C.: Fedesarrollo; 1992
9. Restrepo Zea JH. *El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?* En: Ramírez López BP, coordinador. *La seguridad social: reformas y retos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas; 1999
10. Restrepo Zea JH. *El seguro de salud en Colombia: cobertura universal*. *Revista gerencia y políticas de salud*. Pontificia Universidad Javeriana. 2002; 1 (2): 25-40.
11. Restrepo Zea JH, Arango Arango MA, Casas Bustamante LP. *Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia*. *Revista Lecturas de Economía*. (56): 31-71.
12. Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta SM. *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia*. *Revista de Economía Institucional*. 2005; (12): 165-90.
13. Restrepo Zea JH, Echeverri López ME, Vásquez Velásquez J, Rodríguez Acosta SM. *El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud: teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia*. Medellín: Universidad de Antioquia, Centro de Investigaciones Económicas; 2006
14. Restrepo Zea JH, Lopera Sierra JF, Rodríguez Acosta SM. *Integración vertical en el sistema de salud colombiano: aproximaciones empíricas y análisis de doble marginalización*. *Borradores del CIE*. 2006; (15): 1-29