

Sistema de salud en Colombia

3

GENERALIDADES DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La Corte Constitucional ha hecho consideraciones sobre los valores constitucionales como fines y sobre las leyes como medios para desarrollarlos:

La relación entre dichos fines y los medios adecuados para conseguirlos, depende, por lo general, de una elección política que le corresponde preferencialmente al legislador. No obstante el carácter programático de los valores constitucionales, su enunciación no debe ser entendida como un agregado simbólico, o como la manifestación de un deseo o de un querer sin incidencia normativa, sino como un conjunto de propósitos a través de los cuales se deben mirar las relaciones entre los gobernantes y los gobernados¹.

Así pues, corresponde a la ley el desarrollo del mandato constitucional en salud. La ley 100 establece su marco de desarrollo a partir de una definición de seguridad social y de la formulación de unos principios rectores. La ley entiende la seguridad social como,

- el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la

¹ Corte Constitucional: Sentencia T-406, jun. 5 de 1992, MP: Ciro Angarita Barón.

sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente de las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de todos los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad².

Según la ley, su objeto es regular el "servicio público esencial de salud" y a la vez, "crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención"³.

Además de los principios contemplados en la Constitución (eficiencia, universalidad y solidaridad), la ley incorpora otros: a) integralidad: implica la cobertura de todas las contingencias que afecta la salud. b) Unidad: implica la articulación de las partes del Sistema de salud, que incluyen tanto el sector público como el privado. c) Participación: implica la participación de la comunidad en el sector salud.

Los fundamentos del servicio de salud son nueve y corresponden a la forma en que el legislador entendió la aplicación de los principios⁴: a) equidad: servicio de salud de igual calidad para todos los habitantes. b) Obligatoriedad en la afiliación. c) Protección integral mediante un Plan Obligatorio de Salud, POS. d) Libertad de escogencia por parte del usuario de los servicios. e) Autonomía administrativa, jurídica y financiera de las instituciones. f) Descentralización administrativa de las regiones. g) Participación social en las juntas directivas de las instituciones de salud de carácter público. h) Concertación. i) Calidad, garantizada mediante mecanismos de control del servicio.

El último fundamento goza de una clara precisión jurídica:

La calidad 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. Las características principales de la calidad de la atención en salud son: la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad y la racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, la eficiencia, la integridad, la continuidad, la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida⁵.

El Estado deja explícito su papel interventor en el servicio de salud, para el logro de ciertos fines precisos. El primero de estos fines es "garantizar la observancia

2 Preámbulo, ley 100 de 1993.

3 Artículo 152, ley 100 de 1993.

4 Las citas en comillas corresponden al artículo 153 de la ley 100 de 1993.

5 Artículo 3, decreto 2174 de 1996.

de los principios consagrados en la Constitución” y los principios y fundamentos ya mencionados de la ley 100 y asegurar el carácter obligatorio de la seguridad social⁶.

Según la ley, el Sistema se divide en:

- Instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, sean públicas, privadas o mixtas. Ellas atienden básicamente el Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con un régimen de beneficios, para su población afiliada y beneficiaria.
- Organismos de administración y financiación: son las Entidades Promotoras de Salud, EPS; las Direcciones Seccionales y Locales de Salud (de los departamentos y los municipios, respectivamente) y el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Existen además unas instituciones para la administración del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S, llamadas Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS.
- Organismos de vigilancia: son los ministerios de Salud y de Trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional en Salud.

El sector público mantiene los tres niveles mencionados en el apartado *El derecho a la salud antes de la Constitución de 1991*: el nacional, en cabeza del Ministerio de Salud; el departamental, guiado por las direcciones seccionales de salud, y el municipal, bajo la orientación de las direcciones locales de salud.

Por ley, los departamentos y los municipios deben dirigir y organizar los servicios de salud para garantizar la salud pública mediante la acción de instituciones públicas o de particulares a los que se contratan servicios. También, a través del otorgamiento de subsidios a la demanda. Para fortalecer el proceso y cumplir la ley, los niveles departamental y municipal deben realizar reestructuraciones y reformas que les permitan, por ejemplo, acceder a los recursos para la salud. Los departamentos certifican a aquellos municipios que hayan cumplido los requisitos de ley. Si los municipios no se descentralizan en salud, es decir, si no desarrollan mecanismos que les permitan hacer un manejo autónomo financiero y administrativo de los recursos y de las entidades en salud que dependan del nivel local, dependerán hasta su descentralización del nivel departamental correspondiente⁷.

El tiempo previsto entre la expedición de la ley y la adecuación de las organizaciones del Sistema fue de un año y se denominó Régimen de Transición⁸. Los

⁶ Artículo 154, ley 100 de 1993.

⁷ Artículo 7, decreto 1290 de 1994.

⁸ Artículo 234, ley 100 de 1993.

Servicios Seccionales de Salud tendrían dos años para organizar el régimen subsidiado, es decir, hasta 1995, de forma que “una parte creciente de los ingresos de las instituciones prestadoras provenga de la venta de servicios de los planes de salud del sistema general de seguridad social en salud”. Para ello,

las direcciones seccionales, distritales y municipales deberán presentar al Ministerio de Salud, como parte del plan de ampliación de coberturas, mejoramiento de calidad y descentralización de que tratan los artículos 13 y 14 de la ley 60 de 1993, las condiciones y términos de transición para la sustitución de transferencias por la contratación de servicios y la implementación de los subsidios a la demanda en salud⁹.

En la ley, poco se dice de la salud como derecho. Más bien se habla de la “garantía de los afiliados”, que se basa en: a) la atención de los servicios del Plan Obligatorio de Salud del artículo 162. b) La atención de urgencias en todo el territorio nacional. c) La libre escogencia y traslado entre entidades promotoras de salud. d) La escogencia de las instituciones prestadoras de servicios y de los profesionales entre las opciones que cada entidad promotora de salud ofrezca dentro de su red de servicios. e) La participación de los afiliados¹⁰.

PLANES DE SALUD Y RÉGIMENES DE BENEFICIOS

Régimen Contributivo

Este régimen está destinado a cubrir a las personas de una empresa o entidad con contrato de trabajo y a trabajadores independientes con capacidad de pago, es decir, que devengan más de dos salarios mínimos mensuales.

El monto de la cotización se establece sobre la base del salario del afiliado: se cotizan al sistema 12 puntos (12%), discriminados así: el empleado aporta 4 puntos y el empleador, 8 puntos¹¹. De acuerdo con la ley, esa cotización debe cobrarla la EPS y entregarla al Fondo de Solidaridad y Garantía. El Fondo reconoce una cuantía fija anual por persona (Unidad de Pago por Capitación, UPC) a la EPS, que se calcula independiente del monto en términos absolutos cotizado por el trabajador y su empleador.

Régimen Subsidiado

El régimen subsidiado tiene por destino cubrir a todas las personas sin capacidad de pago. Se define como,

⁹ Artículo 239, ley 100 de 1993.

¹⁰ Artículo 159, ley 100 de 1993.

¹¹ En el anterior modelo de seguridad social, la suma de la cotización obrero-patronal era de 7 puntos.

el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad¹².

Su nombre obedece, en principio, a que el sistema paga un subsidio de sus gastos en salud. Pero ese subsidio no apunta, como lo mostraremos en la presentación del POS, a subsidiar de tal manera que todas las personas puedan recibir el mismo plan de salud en igualdad de condiciones: subsidia a partir de un plan ya diferenciado.

El régimen subsidiado hace especial énfasis en mujeres embarazadas, madres comunitarias, mujeres cabeza de familia, niños y niñas menores de un año, menores en "situación irregular", personas mayores de 65 años, enfermas de Hansen (lepra) y discapacitadas, indígenas, comunidades campesinas, trabajadores independientes, artistas, "toreros y subalternos", maestros de obra, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y "demás personas sin capacidad de pago"¹³.

El plan subsidiado es proporcional al valor reconocido por el CNSSS para la UPC del régimen subsidiado (UPC-S). Se afilia, entonces, a la población pobre que el sistema de salud reconoce como tal. El CNSSS define la población prioritaria teniendo en cuenta que la afiliación es gradual y que esa gradualidad depende del volumen de recursos¹⁴. Es decir, mientras que el régimen contributivo tiene mecanismos de ingreso inmediato, el régimen subsidiado está supeditado al volumen de recursos.

Plan Obligatorio de Salud, POS

Según la ley,

todos los afiliados al sistema general de seguridad social en salud recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el Plan Obligatorio de Salud¹⁵.

El POS, definido en el artículo 162 de la ley 100 de 1993, busca,

la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan¹⁶.

¹² Artículo 2, decreto 2357 de 1995.

¹³ Numeral 2, artículo 157, ley 100 de 1993.

¹⁴ Artículo 29, decreto 806 de 1998.

¹⁵ Literal c, artículo 156, ley 100 de 1993.

¹⁶ Artículo 162, ley 100 de 1993.

El POS es pues la oferta reglamentada de servicios de salud que las instituciones deben ofrecer a sus beneficiarios.

Años después de enunciada la ley, se reemplaza la noción de 'protección integral' por la siguiente: las "actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos y guías de atención" que se incluyan deberán seleccionarse con criterios de costo efectividad. Y se precisa que,

los servicios de salud incluidos en el plan obligatorio de salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 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 sistema¹⁷.

Ese cambio, de la ley de 1993 al decreto de 1998 muestra una supeditación del POS a "criterios de costo efectividad" y a "condiciones financieras del sistema" que no aparecían en la norma inicial.

El Plan presenta dos modalidades: a) un Plan Obligatorio de Salud completo, para las personas afiliadas al régimen contributivo (POS-C). b) Un Plan Subsidiado (POS-S), diferente al del régimen contributivo y destinado a las personas afiliadas al régimen subsidiado. Mientras el POS-C es claro en la ley, el Plan subsidiado queda a decisión del CNSSS¹⁸.

Se dice que el Plan subsidiado es una obligación de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y de las Empresas Solidarias de Salud que estén debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del Régimen Subsidiado¹⁹. No es pues una obligación universal prestar servicios de salud a las personas sin capacidad de pago (pago que haría en todo caso el Estado a través del Fondo de Solidaridad y Garantía) sino que es deber del sector público y de las EPS que así lo decidan autónomamente. La ley 100 de 1993 proyectó que antes del año 2001 habría una cobertura total y una igualación del POS-C al POS-S²⁰. Esta proyección se confirmó en un Acuerdo del CNSSS años después²¹ sin que se haya cumplido.

¹⁷ Parágrafo, artículo 9, decreto 806 de 1998.

¹⁸ Artículo 13, decreto 806 de 1998.

¹⁹ Artículo 13, decreto 806 de 1998.

²⁰ Artículo 157, ley 100 de 1993.

²¹ "Ampliación de los contenidos del POS-S que le iguale o lo aproximen a lo definido para el POS del régimen contributivo, con el respectivo ajuste del valor del subsidio [artículo 47, acuerdo 77 de 1997].

Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POS-S

El Plan de Salud del régimen subsidiado comprende elementos para la atención básica de primer nivel que son: a) acciones de promoción y educación en salud. b) Acciones de prevención de la enfermedad y protección específica. c) Acciones de recuperación de la salud. d) Transporte de pacientes. e) Medicamentos y ayudas diagnósticas.

En estas acciones se contempla²² la “atención integral médica, odontológica y de enfermería de todos los eventos y problemas de salud susceptibles de ser atendidos en forma ambulatoria”. También se incluye la atención hospitalaria que garantiza “la atención integral de los eventos que requieran una menor complejidad”. Para la atención ambulatoria de segundo y tercer nivel se habla de “atención integral en ginecobstetricia y pediatría” y “atención integral en traumatología y ortopedia para todos los grupos de edad”. El POS-S incluye la “atención integral necesaria en cualquier complejidad de pacientes con quemaduras mayores al 20%”, incluso la cirugía plástica reconstructiva o funcional; “la atención integral necesaria en cualquier complejidad, del portador asintomático del VIH y del paciente con diagnóstico de sida” y “la atención integral necesaria en cualquier nivel de complejidad del paciente con cáncer”.

Luego se adicionaron al POS-S más beneficios como la “atención necesaria para la rehabilitación funcional de las personas, en cualquier edad, con deficiencia, discapacidad y/o minusvalía, cualquiera que haya sido la patología causante”²³.

La lista de servicios del POS-S parece extensa, pero la posibilidad de garantizarlos depende de los recursos destinados al POS-S: la UPC-S, de acuerdo con la ley 100. Esa circunstancia vuelve inútil cualquier listado mientras la norma no garantice esos recursos.

Para el caso de las comunidades indígenas, El POS-S “podrá ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial”, eso sí, “dentro del tope máximo de la UPC subsidiado”. Igualmente, deberán concertarse las formas de prestación de servicios del POS objeto de la concertación y las IPS que constituyen la red prestadora²⁴.

Plan de Atención Básica, PAB.

El anterior Plan Obligatorio de Salud debe completarse con una serie de acciones de salud pública en prevención de la enfermedad y en promoción de la salud. Esas acciones se conocen en su conjunto como Plan de Atención Básica, PAB. En cuanto

²² Para las siguientes citas véase artículo 1, acuerdo 049 de 1996, CNSSS.

²³ Artículo 1, acuerdo 074 de 1997, CNSSS.

²⁴ Artículo 8, Acuerdo 072 de 1997, CNSSS.

acciones de salud pública, se dirigen a la colectividad. La prestación de los servicios de este Plan es gratuita y obligatoria y su financiación dependería de los "recursos fiscales del gobierno nacional, complementada con recursos de los entes territoriales"²⁵.

Este Plan comprendería acciones de información pública, educación y fomento de la salud, control al consumo de tabaco y alcohol, complementación nutricional, planificación familiar, desparasitación escolar, control de vectores y control de enfermedades transmisibles como sida, tuberculosis, lepra y malaria.

Planes Adicionales de Salud

Los también llamados Planes de Atención Complementaria, PAC, definidos en los decretos 1938 de 1994 y 806 de 1998, son

aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

Esta definición crea una categoría de actividad "no indispensable/no necesaria" en la que elementos propios del servicio de salud (pero costosos) dejan de entenderse como parte de la atención integral y se asumen como servicios 'suntuosos', pues se definen en la norma como los "no incluidos en el POS."

Así, se reconoce la posibilidad de que existan planes de beneficios adicionales al POS y que pueden ofrecer las EPS a sus afiliados. Estos Planes Adicionales de Salud "son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelen los particulares"²⁶, con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

AFILIADOS Y BENEFICIARIOS

Las personas afiliadas y beneficiarias del régimen contributivo no entrañan en principio discusión: son afiliados los trabajadores cotizantes a la seguridad social y sus familiares son beneficiarios. Pero para la selección de las personas necesitadas de subsidio estatal hay discusiones sobre los criterios y los mecanismos más idóneos. La ley recurrió al Sistema de Identificación de Beneficiarios para Programas Sociales, Sisbén, para determinar las personas merecedores del subsidio y su magnitud.

El Sisbén es

el conjunto de reglas, normas y procedimientos que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada para focalizar el gas-

²⁵ Artículo 165, ley 100 de 1993.

²⁶ Artículo 17, decreto 806 de 1998.

to social. Es una herramienta básica que facilita la selección técnica, objetiva de beneficiarios de programas sociales, de acuerdo con su condición socioeconómica particular, representada mediante un indicador resumen de calidad de vida²⁷.

La pobreza medida por el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) implica los siguientes criterios:

- Porcentaje de hogares en viviendas inadecuadas (condiciones físicas de la vivienda).
- Porcentaje de hogares en viviendas sin servicios básicos (fuente adecuada de agua y servicio sanitario).
- Porcentaje de hogares con hacinamiento crítico (más de tres personas por cuarto).
- Porcentaje de hogares con alta dependencia económica (más de tres personas dependientes de un familiar ocupado y simultáneamente, escolaridad del jefe de hogar inferior a tres años).
- Porcentaje de hogares con ausentismo escolar (un niño entre seis y doce años pariente del jefe de hogar que no asiste a un centro de educación formal)²⁸.

El hogar que presenta al menos uno de los anteriores indicadores se considera pobre. Aquel que presenta dos o más indicadores se considera en miseria. Con este mecanismo, el gobierno ha desarrollado la carnetización y afiliación de las personas al régimen subsidiado y en ese proceso han participado las propias comunidades.

Los vinculados

Además de las personas cubiertas por el régimen contributivo y por el régimen subsidiado, existe un tercer grupo: el de aquellas que carecen de recursos pero que por situaciones particulares no han sido incorporadas al sistema y por tanto no tienen ningún servicio de salud; entre ellas se destacan los indigentes, los indígenas y la población de áreas rurales de difícil acceso.

Mientras se termina la incorporación de personas al sistema, las personas que en principio pertenecerían al régimen subsidiado pero

que no hayan podido afiliarse al régimen subsidiado por disponibilidad de recursos para subsidios a la demanda, deberán ser atendidas, en calidad de vinculados, en las instituciones prestadoras de servicios de salud pública o

²⁷ Minsalud [1995, 204].

²⁸ DNP [1994].

Empresas Sociales del Estado o IPS privadas que tengan contrato con el Estado para el efecto, con cargo a los recursos del subsidio a la oferta²⁹.

La ley denomina a esta población *los vinculados* y su situación es, teóricamente, temporal. Se calcula que bajo esta denominación se encuentran 20 millones de colombianos (es decir, paradójicamente, 'no vinculados' al Sistema). De ellos, el 60% (12 millones) no tiene ningún servicio de salud³⁰. Cinco años después de la reforma, se insiste en que la figura de personas vinculadas implica una forma transitoria: "se-rán vinculadas al sistema general de seguridad social en salud las personas que no tienen capacidad de pago mientras se afilian al régimen subsidiado"³¹.

ENTIDADES DEL SISTEMA

Entidades Promotoras de Salud, EPS

Las EPS son esas instituciones de orden administrativo que actúan como intermediarias entre la persona que necesita y/o cotiza por unos servicios y la entidad que ofrece los servicios, es decir, entre el usuario y la IPS. Estas entidades "tendrán a cargo la afiliación de los usuarios (en principio, solo los del régimen contributivo) y la administración de la prestación de servicios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS"³². Por cada persona afiliada y beneficiaria, la EPS recibe una UPC (Unidad de Pago por Capitación)³³ de la que toma un porcentaje para sus gastos administrativos. Las EPS son las encargadas del recaudo de cotizaciones, del cual deben dar cuenta al Fondo de Solidaridad y Garantía³⁴.

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS

Según la ley,

Las instituciones prestadoras de salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud dentro de las entidades promotoras de salud o fuera de ellas³⁵.

Tienen la función de "prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley"³⁶.

²⁹ Artículo 49, acuerdo 77 de 1997.

³⁰ Guzmán y Redondo [1999, 51].

³¹ Artículo 32, decreto 806 de 1998.

³² Literal e, artículo 156, ley 100 de 1993.

³³ Literal f, artículo 156, y artículo 182, ley 100 de 1993.

³⁴ Artículo 177 y 178, ley 100 de 1993.

³⁵ Literal i, artículo 156, ley 100 de 1993.

³⁶ Artículo 185, ley 100 de 1993.

Es decir, las IPS son las instituciones que brindan servicios de salud (hospitales, centros de salud, asociaciones de profesionales, consultorios)³⁷. Estos sitios son contratados por las EPS³⁸, las ARS o pertenecen a los servicios seccionales o locales de salud (IPS públicas) para que asistan en salud a sus afiliados. Los usuarios podrían, teóricamente, elegir libremente a la IPS que más le convenga.

Antes de 1993, los hospitales públicos recibían recursos del Estado para que ofrecieran servicios de salud, lo que se llamó 'subsidio a la oferta'. Luego de la ley 100, se consideró que los hospitales públicos debían seguir recibiendo durante los tres primeros años de vigencia de la ley (1993-1996),

como mínimo una suma igual en términos reales a la obtenida durante el año fiscal inmediatamente anterior a la fecha de la presente ley. Una vez concluido este término se acogerá el programa de conversión concertado entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales³⁹.

Este programa de conversión consiste en reemplazar el llamado subsidio a la oferta por el 'subsidio a la demanda', con lo cual un hospital recibirá recursos de acuerdo con el número de actos médicos que haya realizado y que pueda comprobar que ha realizado. Este proceso de cambio de subsidio, la organización administrativa y la autonomía financiera permiten a los hospitales públicos cumplir con el mandato legal de convertirse en Empresas Sociales del Estado, ESE, nombre con que la ley designa a las IPS del sector público.

Administradoras de Régimen Subsidiado, ARS

La administración del régimen subsidiado tuvo varias definiciones a lo largo de la década. En principio, la ley 100 contempló que los Servicios Seccionales de Salud podrían celebrar convenios con las EPS para la administración del régimen subsidiado⁴⁰. Posteriormente, se decidió que esos servicios seccionales hagan directamente las veces de EPS del régimen subsidiado, de manera transitoria hasta el 31 de diciembre de 1994. Esto generó dos administraciones paralelas y superpuestas, con tareas poco delimitadas y duplicidad de responsabilidades, por ejemplo, en el área de prevención y promoción.

La primera forma organizativa intentada para el régimen subsidiado fue la de Empresas Solidarias en Salud (ESS), en las que las comunidades pobres adminis-

³⁷ Las IPS han tenido regulación mediante el decreto 2753 de 1997, en relación con su complejidad, modalidades de prestación de servicios y formas de contratación.

³⁸ La regulación de las relaciones IPS-EPS se hizo mediante el decreto 723 de 1997 en aspectos como la contratación y las formas de cobro.

³⁹ Artículo 238, ley 100 de 1993.

⁴⁰ Literal o, artículo 156, ley 100 de 1993.

traban sus recursos, contrataban servicios de salud y recibían un subsidio directo otorgado por el Estado⁴¹. Luego se creó una nueva categoría, las ARS (Administradoras de Régimen Subsidiado), que son, resumiendo, las EPS para el régimen subsidiado. En resumen,

las empresas solidarias de salud, ESS; las cajas de compensación familiar y las entidades promotoras de salud, EPS, de naturaleza pública, privada o mixta, que cumplan con los requisitos exigidos en el presente decreto y sean autorizadas previamente por la Superintendencia Nacional de Salud⁴²,

pueden administrar recursos como ARS.

Las ARS tienen el deber de garantizar también la cobertura de las llamadas enfermedades catastróficas, para lo cual se sugiere la contratación de reaseguros⁴³. Es también deber de las ARS realizar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en los términos que contempla la ley⁴⁴.

Empresas Solidarias en Salud, ESS

Las ESS eran entidades de origen comunitario por medio de las cuales las mismas comunidades podían organizar la oferta de servicios de salud. Las ESS desarrollaban sus propias administraciones y contrataban servicios para el régimen subsidiado. Así, pequeños colectivos tenían la posibilidad de gestionar sus servicios, incluso comunidades de tan solo 5 mil habitantes⁴⁵.

Las ESS significaban para el sistema una real forma de participación de la comunidad en el desarrollo de la ley 100 de 1993, mucho más que los Comités de Participación Comunitaria, en la medida en que aquellas participaban no sólo de los entes de dirección de los hospitales públicos, como manda la ley, sino en todo el proceso de implantación del sistema: desde la identificación de beneficiarios, la promoción, la afiliación, hasta la contratación de servicios y la supervisión de su calidad.

Pero el Estado desmontó deliberadamente esa forma de participación, con el argumento de la pérdida de recursos del régimen subsidiado y la necesidad de ajustarlo. Si bien esa pérdida y esa necesidad son ciertas, también lo es que las medidas tomadas no servían para evitar los inconvenientes sino para favorecer a los oligopolios en salud, como ilustraremos más adelante.

⁴¹ Véase, entre otros trabajos, VV.AA [1996].

⁴² Artículo 1, decreto 1804 de 1999.

⁴³ Artículo 5, acuerdo 072 de 1997, CNSSS.

⁴⁴ Artículo 7, acuerdo 072 de 1997, CNSSS.

⁴⁵ Parágrafo 1, artículo 6, decreto 2357 de 1995. Otras normas para las ESS son: decreto 2357 de 1995 y decreto 1804 de 1999.

FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La Constitución de 1991 crea una nueva figura: el Situado Fiscal, como parte de los Ingresos Corrientes de la Nación. Estos ingresos son el conjunto de los recaudos nacionales por concepto de IVA y de impuestos a la renta y al comercio exterior. A partir de los procesos de descentralización⁴⁶, corresponde al municipio la administración última de los recursos de la salud, cuya fuente es el 25% de los Ingresos corrientes de la nación. De ese 25%, 15 puntos se destinan al régimen subsidiado. El monto total recaudado, dividido por el valor de la UPC, da como resultado el número de personas que esos recursos pueden cubrir. Este es el llamado cambio del subsidio a la oferta (dar recursos directamente a los hospitales) al subsidio a la demanda (dar recursos a los entes territoriales para que subsidien los requerimientos en salud de las personas).

El Situado Fiscal se define como el porcentaje de Ingresos Corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos y los distritos para la atención directa o a través de los municipios, de los servicios de educación y salud⁴⁷. Se invertirá de acuerdo con los porcentajes que determina la ley 60 de 1993: el 20%, para salud; el 60%, para educación, y el 20% restante, en salud o educación, según lo estime el municipio. Para la distribución del Situado Fiscal en el departamento debe tenerse en cuenta que el 50% debe destinarse a la atención del primer nivel en salud (que por definición es responsabilidad de los municipios) y que el 5%, tanto del departamento como de los municipios, debe dedicarse al fomento de la salud.

Para el restante paquete de Ingresos Corrientes de la Nación no contemplados en el Situado Fiscal, la Constitución fija unos porcentajes para ser otorgados a los municipios con destinación exclusiva para inversión social y cuya distribución debe ser la siguiente: para educación, 30%; para salud, 25%; para servicio de agua potable y saneamiento básico, 20%; para educación física, recreación y deporte, cultura y aprovechamiento del tiempo libre, 5%, y en libre inversión, 20%. Esta distribución se hace teniendo en cuenta (para el 60%) el nivel de pobreza, el Índice NBI, y (para el 40%) en función de la población total, la eficiencia fiscal y administrativa y el progreso demostrado en la calidad de vida. Finalmente, las rentas cedidas son los recaudos de impuestos que se realizan directamente en los departamentos y que tienen destinación específica para la salud, tales como loterías, cerveza y licores en general.

El Situado Fiscal será un porcentaje creciente que tendrá como mínimo los siguientes porcentajes de participación: para el año de 1994, 23%; para 1995, 23,5%, y para 1996, 24,5%.

⁴⁶ ley 10 de 1990 y ley 60 de 1993.

⁴⁷ Artículo 356, *Constitución Política de Colombia*.

Del total que corresponda a cada departamento, será obligatorio destinar como mínimo el 60% para educación y el 20% para salud. El 20% restante lo deberá destinar el departamento o distrito a salud o educación, según sus metas en coberturas y demás fuentes de financiación de estos sectores⁴⁸.

Fondo de Solidaridad y Garantía

El Fosyga es una cuenta cuya dirección y control integral está a cargo del Ministerio de Salud⁴⁹ y que tendrá por objeto, de acuerdo con la ley, "garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema general de seguridad social en salud"⁵⁰. Aunque la norma plantea el control integral en manos del Ministerio, el CNSSS actuará, según la misma norma, como un consejo administrador y sus responsabilidades son, entre otras, definir "los criterios de utilización y distribución de los recursos del Fosyga", "aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos" y "aprobar anualmente los criterios de distribución de los excedentes existentes"⁵¹. El Fosyga está organizado a su vez en cuatro subcuentas⁵²:

- Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo: con la que se paga una UPC a cada EPS por cada afiliado que tenga. A esta cuenta entran los recursos provenientes de las cotizaciones.
- Subcuenta de solidaridad del régimen de subsidios en salud: un punto de los 12 que cotizan los afiliados al sistema se destina para esta subcuenta. Esta cuenta se alimenta además de los recursos de la nación y los recursos provenientes de diferentes impuestos.
- Subcuenta de la promoción en salud: destinada a la financiación de actividades de promoción de la salud. Se financia con 0,5 puntos de la cotización de cada afiliado del régimen contributivo, para cumplir con la norma:

La prestación de las actividades, intervenciones y procedimientos definidos en el Plan de Atención Básica en Salud será financiada con recursos del Situado Fiscal destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, con los recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de Salud y con recursos que para el efecto destinen los departamentos, distritos y municipios⁵³.

⁴⁸ Artículo 10, ley 60 de 1993.

⁴⁹ Artículo 5, decreto 1283 de 1996.

⁵⁰ Literal l, artículo 156, ley 100 de 1993.

⁵¹ Artículo 5, decreto 1283 de 1996.

⁵² Artículos 218 al 221, ley 100 de 1993.

⁵³ Artículo 6, decreto 806 de 1998.

- Subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito: destinada a la atención de víctimas de desastres y accidentes de tránsito. Financiada con los recursos del Fonsat (Fondo Nacional de Accidentes de Tránsito) principalmente.

“El recaudo de las cotizaciones será responsabilidad del Sistema general de Seguridad Social-Fondo de Solidaridad y Garantía, que delegará en lo pertinente esta función en las entidades promotoras en salud”⁵⁴.

Unidad de Pago por Capitalización, UPC.

La figura de la UPC es una recomendación del Banco Mundial para controlar los gastos en salud. Consiste en promover el pago anticipado (la cotización) de una cantidad fija por persona⁵⁵. El CNSSS⁵⁶ fija cada año el monto de la Unidad de Pago por Capitalización⁵⁷, que es el valor que anualmente reconoce el Fosyga a las EPS por cada uno de sus afiliados. La UPC contiene las actividades de prevención y promoción, la prestación del servicio asistencial y los gastos de administración.

Existen dos tipos de UPC: la del régimen contributivo (UPC-C) y la del régimen subsidiado (UPC-S). Cada uno tiene su propio valor que se calcula sobre la base de que la UPC-S es equivalente a la mitad del valor de la UPC-C. La etapa de transición es el tiempo calculado para que el sistema unifique progresivamente el valor de las UPC y por tanto unifique el Plan de Salud de manera que sea igual para todas las personas; esta etapa debía concluir, según la ley, en el año 2001⁵⁸.

Cuotas moderadoras y copagos

El CNSSS definió el régimen legal de los pagos compartidos y las cuotas moderadoras⁵⁹. Determinó como cuotas moderadoras las que “tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS”. Delimitó como copagos, “los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema”. Las cuotas moderadoras son aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras los copagos lo serán única y exclusivamente a los beneficiarios. En ambos casos, el soporte es el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Las cuotas moderadoras serán:

⁵⁴ Literal d, artículo 156, ley 100 de 1993.

⁵⁵ BM y FMI [1993].

⁵⁶ Artículo 172 y 182, ley 100 de 1993.

⁵⁷ Artículo 172 y 182, ley 100 de 1993.

⁵⁸ Artículo 162, ley 100 de 1993.

⁵⁹ Acuerdo 030 de 1995 del CNSSS.

- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos salarios mínimos, hasta un 10% de un salario mínimo diario legal vigente.
- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos, hasta un 40% de un salario mínimo diario legal vigente.
- Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco salarios mínimos, hasta el 105% de un salario mínimo diario legal vigente⁶⁰.

Así, además de la cotización mensual de 12 puntos, las personas deben cancelar algo más por los servicios de salud que, en principio, aparecían integrales en el POS y cubiertos por la cotización de salud. Se pagan cuotas moderadoras en las frecuencias que autónomamente definan las EPS, en caso de⁶¹:

- Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
- Consulta externa realizada por médico especialista.
- Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios.
- Exámenes de diagnóstico hechos por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Exámenes de diagnóstico realizados por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante.
- Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando su utilización no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Se pagan copagos en caso de todos los servicios contenidos en el POS con excepción de los de promoción y prevención, los programas de control en atención materno-infantil, programas de control en atención de las enfermedades transmisibles (es decir, del PAB, que debe ser gratis por mandato constitucional) y de atención inicial de urgencias. La justificación de tales medidas, para los afiliados cotizantes, es la siguiente: "Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS". Para los demás beneficiarios, los copagos "tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema"⁶².

⁶⁰ Artículo 8, acuerdo 30 del CNSSS.

⁶¹ Artículo 6, acuerdo 30, CNSSS.

⁶² Artículos 1 y 2, acuerdo 30 de 1996, CNSSS.

Sólo tres años después se precisó un tope para el cobro de copagos:

El valor máximo por año calendario permitido por concepto de copagos se determinará para cada beneficiario con base en el ingreso del afiliado cotizante expresado en salarios mínimos legales mensuales vigentes de la siguiente manera: 1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos: hasta la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente. 2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes. 3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes: hasta cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes⁶³.

Financiación del régimen subsidiado

La ley 100 planteó la financiación del régimen subsidiado a partir de

los recursos que ingresan a la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, destinados a subsidios a la demanda, Situado Fiscal, participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación y demás rentas ordinarias y de destinación específica, de conformidad con lo establecido en la ley⁶⁴.

Así, las fuentes de financiación del régimen subsidiado son:

- Un punto de la cotización que hacen los afiliados al régimen contributivo (principio de solidaridad).
- El llamado *pari pasu*, que consiste en que el Estado dará un monto al régimen subsidiado teniendo como referente la cantidad que se recaude por el punto inmediatamente anterior.
- Lo recibido por impuestos a armas y a explosivos.
- Cinco a diez puntos de recaudos de las cajas de compensación familiar.
- Aportes de las remesas de explotación de petróleo en Cusiana y Cupiagua.
- Otros aportes de origen fiscal (licores, juegos de azar, etcétera).

Estos recursos, más los destinados para tal fin por parte del Estado, serían los llamados a pagar al sistema de salud los subsidios de las personas sin capacidad de pago. Para su manejo, los entes territoriales (departamentos y municipios) deben crear Fondos Territoriales de Salud que serán, en cada territorio,

⁶³ Artículo 10, acuerdo 30 de 1996 del CNSSS.

⁶⁴ Artículo 14, decreto 806 de 1998.

una cuenta especial de su presupuesto, con unidad de caja, sometida a las normas del régimen presupuestal y fiscal de la entidad territorial, bajo la administración de la dirección seccional o local de salud, cuyo ordenador del gasto será el respectivo jefe de la administración o su delegado. A dicho fondo se deberán girar todas las rentas nacionales cedidas o transferidas, con destinación específica, para la dirección y prestación de servicios de salud; los recursos correspondientes al Situado Fiscal para salud; los recursos libremente asignados para salud y, en general, la totalidad de los recursos recaudados en el ente territorial respectivo, y los recursos directos o provenientes de cofinanciación que se destinen, igualmente, para el sector salud, respetando los recursos de la seguridad, la previsión social y del subsidio familiar⁶⁵.

La división matemática del monto total de recursos en el valor de la UPC-S da el total de personas que serían cubiertas por este régimen, sistema que, como se entiende, hace depender la atención de los pobres de la suma de los aportes de los contribuyentes y los del Estado.

Cuotas de recuperación

Son montos que deben aportar los beneficiarios del régimen subsidiado de acuerdo con el nivel del Sisbén en el que están ubicados (1 es el nivel correspondiente a las personas más pobres y 6, el de las más ricas):

- Nivel 1: deberán pagar el 5% del valor de la cuenta.
- Nivel 2: deberán pagar como máximo el 10% del valor de la cuenta.
- Nivel 3: deberán pagar como máximo el 30% del valor de la cuenta.

Dicho de una manera práctica, las cuotas de recuperación son los "copagos de los pobres", cuya función, teóricamente, es evitar que abusen de los servicios de salud. Su pago se efectúa directamente a los servicios de salud. Según la ley, "para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación"⁶⁶.

VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA DE SALUD

Como se desprende de la Constitución, el Estado tiene la responsabilidad central del servicio esencial de salud pública⁶⁷. Esto lo recoge la ley 100: "el Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de sa-

⁶⁵ Artículo 13, ley 10 de 1990.

⁶⁶ Artículo 18, decreto 2357 de 1995.

⁶⁷ Además de lo ya citado, los deberes del Estado en materia de salud se regulan con la ley 10 de 1990, el decreto-ley 2164 de 1992 y la ley 60 de 1993.

lud que constituye el sistema general de seguridad social en salud"⁶⁸. Hay también decretos posteriores que lo afirman:

el sistema general de seguridad social en salud está bajo la orientación y regulación del Presidente de la República y del Ministro de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del gobierno frente a la salud pública, en la lucha contra las enfermedades endémicas y epidémicas y el mantenimiento, educación, información y fomento de la salud⁶⁹.

En relación con el punto preciso de la calidad del servicio, "la Superintendencia Nacional de Salud ejercerá las funciones de inspección, vigilancia y control dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad y aplicará las sanciones de su competencia"⁷⁰. Eso incluye el control de la gestión de las instituciones del sistema, el régimen de tarifas, el presupuesto, la calidad del servicio y transferencias oportunas de recursos⁷¹.

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS

Las decisiones en salud y la interpretación de las normas no dependen del Ministerio de Salud. Para ello se creó, en el marco de la ley 100, el CNSSS, compuesto por los ministros de Salud, Trabajo y Hacienda, representantes de las entidades departamentales y municipales de salud, dos representantes de los empleadores, uno de los cuales representará la pequeña y mediana empresa y otras formas asociativas; dos representantes por los trabajadores, uno de los cuales representará a los pensionados; el representante legal del Instituto de Seguros Sociales, un representante por las EPS, un representante de las IPS, un representante de los profesionales de la salud y uno de las asociaciones de usuarios del sector rural⁷². El CNSSS tendrá las siguientes funciones⁷³:

- Definir el plan obligatorio de salud para los regímenes contributivo y subsidiado.
- Definir el monto de las cotizaciones al sistema.
- Definir periódicamente el valor de la UPC del sistema.
- Definir el valor del subsidio en salud por cada beneficiario.
- Definir el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte del POS.

⁶⁸ Artículo 156, ley 100 de 1993.

⁶⁹ Artículo 3, decreto 1152 de 1999.

⁷⁰ Artículo 4, decreto 2174 de 1996.

⁷¹ Artículo 5, decreto 1259 de 1994.

⁷² Artículo 171, ley 100 de 1993.

⁷³ Artículo 172 de la ley 100 de 1993, modificado por el artículo 24, del decreto 1152 de 1999.

- Definir los criterios generales para la selección de los beneficiarios del régimen subsidiado.
- Definir el régimen para el pago de las incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad en el régimen contributivo.
- Definir el régimen de pagos compartidos del sistema de seguridad social en salud.
- Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa de usuarios por parte de las EPS y una distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.
- Recomendar el régimen y los criterios que debe adoptar el gobierno nacional para establecer las tarifas de los servicios prestados por las entidades hospitalarias en los casos de riesgo catastrófico, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias.
- Reglamentar los consejos territoriales de seguridad social en salud.
- Ejercer las funciones del consejo de administración del Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Presentar ante las comisiones séptimas de Senado y Cámara un informe anual sobre la evolución de sistema general de seguridad social en salud.
- Adoptar su propio reglamento.

Es decir, dentro del CNSSS se toman decisiones, llamadas acuerdos, que definen de manera sustancial la ley 100. Así, el CNSSS adquiere un poder de decisión que le permite, proponer normas, interpretar algunas y modificar criterios que, como se verá más adelante, pueden incluso ser contrarios a los principios constitucionales y a los propios fundamentos de la ley 100 de 1993. El CNSSS no contempla un puesto para los usuarios urbanos de los servicios de salud ni para los Comités de Participación Comunitaria. En la práctica, es sintomático que los representantes de las EPS hayan sido ministros de salud o a la inversa y que no se haya concretado la participación de los representantes de la comunidad.

La libre escogencia de EPS y de IPS

El derecho de libre escogencia⁷⁴ de EPS y de IPS, es “la facultad que tiene un afiliado de escoger entre las diferentes entidades promotoras de salud, aquella que administrará la prestación de sus servicios de salud derivados del plan obligatorio”. Se argumenta que con ese derecho se obligaría a las empresas a mejorar pues actuaría como un mecanismo de control de la calidad de los servicios de salud por parte del usuario, ya que, teóricamente, escogería los de mejor calidad.

⁷⁴

Artículo 153 de la ley 100 de 1993.

De este derecho podrá hacerse uso una vez por año, contando a partir de la fecha de vinculación de la persona, salvo que se presenten casos de mala prestación o de suspensión del servicio. El llamado régimen de la libre escogencia estará regido por las siguientes reglas⁷⁵: a) obligación de afiliación. b) Configuración familiar de la afiliación. Los beneficiarios de la cobertura familiar podrán acceder a los servicios del sistema de seguridad social en salud, siempre que todos los miembros familiares, cotizantes o no, se encuentren afiliados a la misma EPS. c) Las EPS están "obligadas a garantizar la prestación del plan obligatorio de salud a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización u obtenga el subsidio correspondiente de acuerdo con lo previsto en la ley y sus normas reglamentarias. d) Las EPS "únicamente podrán rechazar una afiliación cuando carezcan de los recursos técnicos que les permitan organizar el servicio en la residencia del afiliado".

Una vez decidida la EPS, el usuario de los servicios también podrá escoger, dentro de las IPS que contrata su respectiva EPS, la que más le convenga. Para tal efecto, la EPS "garantizará al afiliado la posibilidad de escoger la prestación de los servicios que integran el plan obligatorio de salud entre un número plural de prestadores"⁷⁶.

Las EPS deberán abstenerse de prácticas no autorizadas en su competencia para captar usuarios; de acuerdo con la ley, dichas prácticas incluyen: a) ofrecer incentivos para lograr la renuncia del afiliado, como tratamientos anticipados o especiales al usuario sobre enfermedades sujetas a períodos mínimos de cotización así como bonificaciones, pagos de cualquier naturaleza o condiciones especiales para parientes en cualquier grado de afinidad o consanguinidad. b) Utilizar mecanismos de afiliación que discriminen a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud y utilización de servicios. c) Terminar en forma unilateral la relación contractual con sus afiliados o negar la afiliación a quien desee afiliarse, siempre que garantice el pago de la cotización o subsidio correspondiente, salvo cuando exista prueba de que el usuario ha utilizado o intentado utilizar los beneficios que le ofrece el sistema general de seguridad social en salud en forma abusiva o de mala fe⁷⁷.

Un último límite al derecho de libre escogencia es el uso de servicios de "alto costo", es decir, el uso de servicios que significan un gasto importante para la EPS. En tales casos, el afiliado debe permanecer en la misma EPS, "por lo menos dos años después de culminado el tratamiento en la respectiva entidad promotora de salud"⁷⁸, con lo que la libre escogencia está supeditada a la recuperación por parte de la EPS del gasto en salud en que incurrió.

⁷⁵ Artículo 14, decreto reglamentario 1485 de 1994.

⁷⁶ Artículo 14, decreto reglamentario 1485 de 1994.

⁷⁷ Numeral 7, artículo 14, decreto reglamentario 1485 de 1994.

⁷⁸ Numeral 9, artículo 14, decreto reglamentario 1485 de 1994.

Con el desarrollo de las ARS se incorpora en 1997 el mismo derecho para las personas del régimen subsidiado:

Todos los afiliados actuales al régimen subsidiado, como los que lleguen a afiliarse tienen el derecho de libre elección de ARS [...] Parágrafo: Los gobernadores indígenas, de común acuerdo con las autoridades legítimamente reconocidas al interior de su comunidad, podrán seleccionar la administradora del régimen subsidiado a la cual se afiliarán todos sus integrantes, buscando mantener la unidad étnica. Lo anterior no obsta para que los indígenas individualmente considerados puedan escoger una administradora diferente⁷⁹.

En síntesis, la estructura del servicio de salud destina la oferta de servicios a unas instituciones (IPS) y crea unos intermediarios encargados de la administración de recursos y la contratación de servicios, intermediarios entre la persona y el hospital, que adquieren diferentes denominaciones y modalidades (EPS, ARS, ESS). Estas diferencias de modalidad dependen fundamentalmente de la capacidad de pago del afiliado; es decir, para cada tipo de afiliado existe una oferta de intermediación, pero esta no depende de sus necesidades, de donde vive, de su composición familiar, ni del padecimiento de una enfermedad en particular: depende del nivel de recursos que tiene para ser de un régimen determinado: contributivo o subsidiado.

79

Artículo 13 y parágrafo, acuerdo 77 de 1997, CNSSS.