

*El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100*

Luis Alberto Tafur Calderón, M.D.\*

La Ley 100 de 1993 «por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral<sup>1</sup>» establece una legislación nueva sobre Seguridad Social para Colombia, con énfasis en el Sistema General de Pensiones en el Libro Primero, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el Libro Segundo, en el Sistema General de Riesgos Profesionales en el Libro Tercero y en Servicios Sociales Complementarios en el Libro Cuarto. En el presente artículo se hará un análisis de la Ley y sus desarrollos en lo relacionado exclusivamente con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La reforma de la Salud en el País se orientó en 3 direcciones: la desmonopolización de la seguridad social en salud para los trabajadores del sector privado al brindarle a todos los asalariados la opción de elegir la entidad que les preste el servicio de salud; la presencia del sector privado como opción adicional al Instituto de Seguros Sociales (ISS) y la aparición de un sector subsidiado que se sustenta en la creación de un Fondo de Solidaridad y Garantía, y que brinda aseguramiento a la población pobre del país.

Los principios generales de la Ley, expresados en el Capítulo 1, Artículo 2, establecen «el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.» Además, en el Artículo 153 establece los fundamentos del servicio público de salud, y define que los patrones rectores del Sistema General de Seguridad Social en Salud son equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Cuadro 1

Régimen	Contributivo	Subsidiado	Vinculados
Características	Asalariados y trabajadores independientes	Población pobre y vulnerable, identificada por el SISBEN. Estratos 1 y 2	Pobres y no pertenecientes a alguno de los regímenes. Estratos 0, 3 y 4.
Población estimada (% del total) a 1996	25% incluyendo la familia del trabajador	20%-25%	50%-55%
Entidades afiliadoras	EPS	EPS-S, ESS, CCF	? se trasladan al subsidiado según existencia de recursos.
Entidades prestadoras de servicios	IPS públicas o privadas	IPS, ESE	ESE
Aportes	12% del salario, cuotas moderadoras y copagos	Cuota de participación	Pago de tarifas según capacidad económica.
Financiación	Aportes del empleador y trabajador	Fondo SYGA 1% régimen contributivo oferta	Recursos estatales de subsidio a la
Posibilidad de crecimiento en cobertura	Incremento en fuentes de empleo	Incremento en recursos fiscales	Disminución por traslado a régimen subsidiado

La población del país participa en el sistema en una de varias formas, de acuerdo con lo esquematizado en el Cuadro 1.

El análisis del Cuadro 1 indica que lograr la ampliación de la cobertura y que toda la población del país tenga seguridad social en el año 2001, como fue planteado por el Ministerio de Salud<sup>2</sup> no es factible, si se tiene en cuenta que la ampliación se hará con base en el régimen subsidiado cuyos recursos provienen del situado fiscal, del petróleo y una cifra (1%) que trasladan las Entidades Promotoras de Salud (EPS) contributivas, correspondientes a los asalariados de más de 4 salarios mínimos, recursos que no se aumentarán de acuerdo con las necesidades que demanda el sistema. Durante 1995 la Ley contemplaba que los municipios debían destinar a salud 15% del situado fiscal y se presentó una reacción general en el país

debido a la falta de recursos propios de los entes municipales para financiar el sostenimiento de la administración local y realizar inversiones lo que modificó temporalmente la posibilidad de destinar los dineros a salud. Si los municipios no tienen recursos propios para financiar su funcionamiento, esta situación es probable que se repita en los años siguientes. Asimismo, el Ministerio de Salud al no disponer de financiación para los hospitales, destinó recursos del subsidio a la demanda o sea del régimen subsidiado a subsidiar la oferta mediante partidas destinadas a los hospitales.

La reciente creación del Programa de Apoyo Hospitalario, que depende de la Presidencia de la República, agrava más la situación porque los recursos del presupuesto nacional destinados al subsidio a la demanda, continuarán dirigiéndose al subsidio a la oferta, con el agravante que su manejo puede ser influido por factores políticos o de conveniencia gubernamental más que por

\* Profesor Asociado, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

situaciones de necesidad institucional verdadera. Si se tiene en cuenta que no hay fuentes financieras adicionales, la posibilidad de aumento de la cobertura disminuyendo la población vinculada, es poco factible.

Se agrega además, la situación originada por la aplicación del Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales (SISBEN) en muchos municipios donde ha predominado el factor político partidista como base de decisión para adjudicar el carné de identificación como beneficiario. Muchas personas que tienen afiliación a EPS y que, por consiguiente, no deberían tener carné de SISBEN, presentan en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) ambos carnés, lo cual afecta la posibilidad real de ampliación de la cobertura. A pesar de lo anterior, se debe reconocer que la Ley trajo al área de la salud nuevos recursos que antes no le llegaban, y además le da al grupo de población del régimen subsidiado un aseguramiento de seguridad social que anteriormente no existía.

En el régimen contributivo, en especial en los estratos 3 y 4 se contemplaba la ampliación de la cobertura con base en modificar la doble opción de atención que tenían estos estratos por la seguridad social y las cajas de compensación<sup>2</sup>. Sin embargo, las regulaciones de la Ley, según interpretación de la Superintendencia de Subsidio Familiar<sup>3</sup>, determinaron que las Cajas de Compensación Familiar (CCF) no puedan continuar subsidiando los costos de los servicios de salud con recursos del subsidio familiar lo que ha llevado al cierre de sus servicios a algunas cajas y que otras se asocien para crear EPS que compitan en el mercado en igualdad de condiciones con el resto de entidades promotoras. El papel que venían cumpliendo las CCF en la prestación de servicios de salud, tiende entonces a desaparecer debido a la imposibilidad de disminuir los costos tradicionales y de continuar subsidiando, lo cual determina que las

tarifas de sus servicios sean altas si se comparan con otras entidades. Asimismo, el aporte que las CCF están obligadas a destinar al régimen subsidiado, cubre una fracción relativamente pequeña de la población carnetizada con SISBEN, teniendo en cuenta el valor de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) subsidiada, con la posibilidad de crear diferencias en la calidad de los servicios que prestan en comparación con los de las Empresas Sociales del Estado (ESE) que continuarán con escasez de recursos.

Los trabajadores independientes que no están habituados a cotizar a la seguridad social continuarán con el uso de los servicios de acuerdo con su capacidad de pago y constituyen el núcleo principal de población de los vinculados, quienes difícilmente accederán al sistema.

#### **BENEFICIOS DE LA LEY EN SERVICIOS**

En relación con los servicios que se prestarán en el Plan Obligatorio de Salud (POS) el texto de la Ley 100 establece comparación con los servicios que se definen en el Decreto 1650 de 1977 que regía el contenido de los servicios que prestaría el ISS a sus afiliados. Si se comparan los títulos 1650 y el Manual de Procedimientos y Actividades del POS (MAPIPOS)<sup>4</sup>, se encuentra que son semejantes. Sin embargo, el análisis detallado de este último, muestra diferencias sustanciales entre ambos contenidos, a expensas de la salud y de los beneficios de los afiliados al nuevo sistema. Es así, como en el régimen existente en el ISS no hay tiempos de espera para acceder a procedimientos quirúrgicos lo que sucede en el POS donde el nuevo afiliado debe esperar 50 semanas para tener derecho a los procedimientos clasificados en la categoría 8 y superiores y 100 en el caso de enfermedades de alto costo.

Los medicamentos incluidos en el listado del ISS son muchos más de los

que aparecen en el listado de genéricos del MAPIPOS. Además, en el ISS el trabajador afiliado no debía cancelar cuotas moderadoras mientras que sí lo debe hacer en el POS. Debido a la falta de reglamentación y al mismo proceso de transición y adecuación institucional a lo definido por la Ley, no se han creado los Consejos Regionales de Seguridad Social lo que facilita a las EPS brindar servicios inferiores a los establecidos en el POS o a establecer barreras a los usuarios para acceder a muchos servicios.

Las enfermedades incluidas en el Plan de Atención Básica, como tuberculosis, lepra, dengue, etc., que son responsabilidad del Ministerio de Salud y de las entidades territoriales, no tienen aún una definición procedimental que permita a las distintas entidades establecer responsabilidades de atención o de facturación y pago según el régimen al cual pertenezca el paciente. Esta situación ha determinado que muchas personas con este tipo de enfermedades deban recorrer varias instituciones para lograr su atención, y las IPS oficiales continúan atendiendo personas con esos cuadros clínicos, remitidas por EPS que consideran que no es su responsabilidad, cuando la Ley les establece la responsabilidad total de la atención de salud del afiliado.

#### **ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD**

La Superintendencia de Salud definió<sup>5</sup> los requisitos que deben cumplir las entidades interesadas en convertirse en EPS. Estos requisitos determinan la necesidad de disponer de un capital mínimo relacionado con el número de afiliados que se espera en un tiempo determinado, así como una estructura de sistemas funcional. Las entidades aprobadas por la Superintendencia en general tuvieron como premisa el captar población entre los afiliados al ISS al considerar la imagen de esta institución en relación con los servicios ambula-

torios que presta. Sin embargo, la aplicación de la Ley con respecto al ISS no ha sido coherente y esta institución no ha producido en su funcionamiento los cambios esperados de acuerdo con los parámetros definidos en la Legislación.

Si bien es cierto que separó lo relacionado con pensiones y con el régimen de riesgos profesionales de la prestación de los servicios de salud, esto ha sido a nivel burocrático sin observarse modificaciones en cuanto a la atención de salud, pues continúa con ingerencia política, corrupción, etc. A pesar de esta situación, la desafiliación de los trabajadores del ISS en forma masiva como se esperaba no se ha producido, sobre todo por la interpretación existente en relación con el retiro simultáneo de los servicios de salud y del régimen de pensiones, interpretación originada en el desconocimiento de la separación que hace la Ley de ambos regímenes. Otro aspecto determinante de la decisión de retiro es el que se relaciona con la red de servicios de la institución, red que difícilmente puede igualar otra EPS privada, lo cual hace pensar en el refrán «es mejor malo conocido que bueno por conocer.»

Otra situación que afecta la afiliación de trabajadores a las EPS privadas se relaciona con la continuidad que han tenido las cajas de previsión de las entidades oficiales y públicas las cuales tienen un período de transición que les permite continuar la prestación de servicios durante un año más<sup>6</sup>. Hay un grupo de entidades que continúan ofreciendo a sus afiliados todos los beneficios tradicionales, beneficios que se ven disminuidos al convertirse en EPS, de acuerdo con lo establecido por la Ley y que son motivo de negociación laboral por los sindicatos.

Para entidades como las universidades la conversión implica desmontar servicios de salud con cobertura familiar y beneficios no incluidos en la Ley, conversión que les origina aumento en los gastos y desembolso mensual que no se contemplaba en los presupuestos.

### **PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LA LEY**

Los profesionales de la salud no tuvieron oportunidad de discutir adecuadamente la Ley 100 y las implicaciones en el ejercicio profesional aunque los representantes de las agremiaciones médicas participaron en las discusiones, pero sus argumentos no se consideraron. La legislación se basa en conceptos como conocimiento de los costos, eficiencia, calidad, oportunidad entre otros, que tienen connotaciones de cambio en la forma de participar el profesional en la prestación de los servicios. Hasta 1994 la tendencia general de los profesionales era contratar sus servicios con instituciones en jornadas parciales y buscar la obtención de ingresos adicionales a los contratos a través de la venta directa de sus servicios en consultorios, laboratorios, etc., y en muchos casos desconocían los costos de ellos y las tarifas se relacionaban sobre todo con la imagen profesional o con lo establecido por las entidades de medicina prepagada.

La Ley define la necesidad de que las IPS tengan autonomía administrativa y financiera, además de disponer de una contabilidad de costos, pero aún la reglamentación sobre las IPS no se ha producido. La aparición de las EPS como intermediarios para contratar los servicios entre las IPS y los usuarios, se convierte en una dificultad para aquellos profesionales que no se encontraban asociados u organizados previamente, que son la mayoría, así siempre las nuevas promociones. Ante esta situación, las EPS han definido unilateralmente las tarifas por los servicios profesionales, tarifas que no representan los costos reales de la prestación de un servicio que incluye la capacitación durante cerca de 8 años para un médico general o de 11 ó más para un especialista, más los costos de equipos e instalación. Las tarifas de referencia reconocidas son las de los Seguros Obligato-

rios de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se relacionan con las tradicionales del ISS sin consultar la realidad de los costos. Además, los estudios de factibilidad de las EPS se hicieron con base en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) aprobada para 1995 y con gastos basados en tarifas SOAT. La relación de UPC con los aportes y tarifas SOAT definió un equilibrio para el Fondo de Solidaridad y Garantía. Si esa relación no varía, la posibilidad de aumento tarifario como decisión tomada por las EPS no es factible que se presente porque sus resultados operacionales serían negativos en cantidades superiores a las que se calculan para los primeros años de ejercicio y agravarían los obtenidos al no lograrse el volumen de afiliación esperado, además de presentarse un desequilibrio del fondo lo que podría llevar el sistema a una situación difícil.

La falta de participación de los profesionales de la salud en las discusiones previas, más al desconocimiento acerca de la Ley y de los costos de producción de una consulta, ha facilitado a las EPS la contratación a las tarifas impuestas por ellas. Sin embargo, al observar los profesionales que han trabajado en forma independiente una notoria disminución de la demanda de sus servicios, se han originado movimientos gremiales sobre todo de las sociedades científicas en el sentido de imponer sus tarifas, movimientos que deberán realizar estudios de costos para poder mejorar sus capacidades de negociación. Estos movimientos si logran tener éxito en sus demandas encarecerán el valor del POS para las EPS lo cual originará presiones de estas entidades para revisar la UPC, además de la construcción de IPS propias de cada EPS, tendencia que se observa en la actualidad. Asimismo, las modalidades de contratación de los servicios de salud variarán progresivamente de un esquema de pago por servicio prestado a las de pago por capitación o de pago por caso, también denominado pago por paquete-

tes integrales de diagnóstico<sup>7</sup>, modalidades estas últimas, que requieren un adecuado estudio de costos para contratar con beneficio para ambas partes.

La Ley contempla aspectos de calidad en la prestación de los servicios, aspectos que hasta ahora algunas entidades de salud han considerado tangencialmente pero que implican inversiones en equipos al obligar a la modernización, así como a la adecuación de las instalaciones y a la capacitación y educación continua del personal. Si las condiciones laborales del personal de salud de las instituciones tanto privadas como públicas no permite el cubrimiento adecuado por lo menos de sus necesidades básicas, el efecto se verá sobre todo en la calidad de los servicios al buscar los profesionales la contratación por volumen de actividades a fin de compensar en alguna forma la disminución de sus ingresos por honorarios provenientes de la consulta particular. Los beneficiados serán entonces únicamente las personas que tienen capacidad de compra de planes complementarios al POS, que podrán exigir mejores condiciones de atención y los profesionales buscarán atender en forma preferencial esta población por el hecho de lograr mejores ingresos a través de estos planes.

Otro aspecto que va en contra del profesional de la salud se relaciona con el desconocimiento de aspectos empresariales y la tendencia a trabajar individualmente como una de las formas tradicionales del ejercicio profesional. Es necesario entonces promover y realizar educación a los profesionales en proyectos de inversión, contabilidad de costos, mercadeo y desarrollo organi-

zacional para lograr mejorar su capacidad de negociación con las IPS o con las EPS. Este es un proceso difícil y la tendencia puede ser que los profesionales sean absorbidos por las entidades como asalariados.

En conclusión, la Ley 100 que en su filosofía busca ampliar la cobertura de la seguridad social para todos los habitantes de Colombia, en su desarrollo, 3 años después de promulgada, se encuentra en un proceso de transición que de seguir las tendencias no podrá lograr el objetivo de cobertura. La Ley modificó el ejercicio de las profesiones de la salud al introducir entidades financieras (EPS) como negociadoras de la contratación a costa del ejercicio tradicional de las profesiones, y obligar al personal de salud a conocer acerca de sus costos de producción y a mejorar la calidad para llevarlo a mercadear adecuadamente sus servicios luchando en desventaja con las intermediarias.

La población beneficiada con la Ley, hasta el momento, es la de los estratos 1 y 2 que logra un aseguramiento de seguridad social que no existía antes. Los trabajadores independientes y sus familias, de los estratos 3 y 4 pierden la opción de las cajas de compensación al quedar por fuera de los regímenes contributivo y subsidiado y se enfrentan a la necesidad de buscar servicios en las ESE, sujetos al pago de tarifas variables según la institución.

Bajo estas consideraciones, es necesario realizar un análisis detallado de las inconsistencias de la Ley y buscar modificaciones legales que reinvidiquen a las profesiones de la salud y permitan ampliar la cobertura a toda la población del país.

## GLOSARIO

SISBEN: Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sociales.  
 EPS: Entidades Promotoras de Salud.  
 EPS-S: Entidades Promotoras de Salud Subsidiadas.  
 IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.  
 ESE: Empresas Sociales del Estado.  
 ESS: Empresas Solidarias de Salud.  
 CCF: Cajas de Compensación Familiar.  
 POS: Plan Obligatorio de Salud.  
 Fondo SYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía.  
 MAIPOS: Manual de Procedimientos y Actividades del POS.  
 SOAT: Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.

## REFERENCIAS

1. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. *Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, diciembre 23 de 1993.
2. Jaramillo-Pérez I *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá, FESCOL, 1994.
3. Superintendencia de Subsidio Familiar. *Circular a directores administrativos de cajas de compensación*. Diciembre de 1994.
4. Ministerio de Salud. *Resolución 5261 de agosto 4 de 1994*.
5. Superintendencia Nacional de Salud. *Circular 037 de 1994 a representantes legales, juntas directivas e instituciones interesadas en obtener la autorización y certificado de funcionamiento como entidades promotoras de salud*.
6. Ministerio de Salud. *Decreto 1980 de 1995*.
7. Fundación Social. *Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social*. Bogotá, 1995.