

Sección: Temas de controversias***Aún no es hora de reformar la Ley 100*****Roberto Esguerra Gutiérrez, M.D., FACP***

Cuando la mayoría de los países estudia cambios a sus sistemas de seguridad social, Colombia comienza a obtener los primeros resultados de su nuevo sistema, creado mediante la Ley 100 de 1993. Las organizaciones nacionales e internacionales observan con gran interés el proceso por las enseñanzas que puede proporcionar. Por eso, vale la pena recordar sus orígenes y justificación, evaluar los resultados frente a las proyecciones iniciales y reflexionar sobre las propuestas de reforma que comienzan a agitarse en algunos sectores.

ANTECEDENTES

Cuando se tramitó y se aprobó la Ley, se respiraba en el sector de la salud un ambiente de insatisfacción: hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; profesionales de la salud insatisfechos y mal remunerados; usuarios mal atendidos; y una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios¹.

El sistema carecía de universalidad; cerca de 25% de los habitantes estaban desprotegidos y sólo 18% estaban afiliados a la seguridad social; casi 50% de los trabajadores asalariados no tenían afiliación. La falta de equidad también era evidente: 200,000 niños nacían cada año sin ninguna atención médica y 19% de la población no fue atendida cuando en 1993 se enfermó².

El país invertía en salud, entre recursos públicos y privados, cerca de 6% del PIB y la asignación porcentual de recursos públicos para salud no tuvo aumentos entre 1980 y 1990. Cerca de 50% de los gastos se canalizaban a través de entidades de seguridad social, que protegían a menos de 20% de la población, mientras los 50% restantes se debían destinar a proteger la gran mayoría de la población.

La Constitución Política de 1991 en sus artículos 48, 49 y 50 definió las características que deberían tener tanto la seguridad social como la atención en salud³. Se habla de eficiencia, universalidad y solidaridad y se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social, además se ordena ampliar progresivamente la cobertura y se permite que el sector privado participe. En cuanto a la prestación de servicios de salud se da importancia a la participación de la comunidad y, por primera vez, se trata el tema de la responsabilidad que tienen las personas en el cuidado de su salud.

Como es claro, hay un contraste importante entre estos nuevos principios y la concepción paternalista estatal de asistencia pública, que contemplaba la Constitución de 1886 y que prevaleció durante más de un siglo como fundamento del sistema de salud colombiano⁴.

También se deben mencionar como antecedentes del nuevo sistema, la creación del SOAT en 1990 y la Ley

10 del 10 de enero de 1990, que reorganizó el SNS e introdujo conceptos como la obligación de prestar los servicios de urgencia a toda la población al invocar los conceptos de universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional. También por primera vez, se menciona el tema de calidad en los servicios de salud.

Finalmente la Ley 60 del 12 de agosto de 1993, aprobada unos pocos meses antes de la Ley 100, regula las competencias y recursos y fija las bases para la descentralización administrativa.

Todos estos elementos crearon el ambiente propicio para tramitar una ley que reformara a fondo la seguridad social y que diera aplicación plena y coherente a lo que se vislumbraba en tantas normas dispersas.

EL PROCESO DE APROBACIÓN

En sus artículos transitorios la nueva constitución ordenó la creación de una comisión, donde participaran todos los sectores y que preparara una propuesta para reformar la seguridad social.

La comisión se reunió en el segundo semestre de 1991 y en el primer semestre de 1992 se inició la discusión pública. En ella se apreciaron diversas posiciones, en ocasiones con gran radicalización, por lo cual el Gobierno decidió fraccionar la ley y presentar a discusión separadamente la parte de pensiones y la de salud,

* Presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, Bogotá, D.C., Colombia.

comenzando por las pensiones, proyecto que se presentó en el segundo semestre de 1992.

El proyecto inicial del Ministerio de Salud estaba encaminado a la creación de un "Sistema de subsidios para la atención en salud a las personas." Las propuestas que se debatieron contemplaban diferencias, que según la publicación del Ministerio de Salud¹ giraron alrededor de los siguientes temas: la formulación de uno o varios sistemas y su nivel de integración; el monopolio o la competencia en el sistema de aseguramiento, las primas y planes diferenciales, la separación entre aseguradoras y prestadores de servicios de salud y la suficiencia de los recursos públicos.

En esta etapa se presentó una gran discusión en la que intervinieron numerosas instituciones y representantes de las cajas de compensación, de las empresas de medicina prepagada y de las facultades de medicina, entre otros. Entonces el ponente y el Ministerio de Salud prepararon y presentaron un nuevo proyecto en abril de 1993, que luego se dio a conocer a los secretarios de salud y a los gremios médicos⁵.

Este proyecto se sometió a consideración de las comisiones séptimas del Congreso con una propuesta integral de reforma al sistema de seguridad social en pensiones y en salud. Durante el trámite posterior se incluyeron reformas al proyecto en varios aspectos, de los cuales vale la pena recordar: el contenido del POS, la autonomía de las IPS y la creación de la figura de ESE, el impuesto social a las armas y municiones, la composición del CNSSS, PAB, la intervención del Estado y la posibilidad de que las EPS presten servicios directos a sus afiliados.

El Congreso finalmente aprobó la ley el 16 de diciembre y la sancionó el

Presidente César Gaviria el 23 de diciembre de 1993.

LOS PRINCIPIOS DE LA LEY 100

El aspecto más de fondo de la Ley 100 fue romper el monopolio del Estado, tanto en pensiones como en salud, para permitir que el sector privado entrara a prestar servicios, abriendo la posibilidad de libre elección para los afiliados y de competencia entre las entidades para ofrecer mejores servicios.

En cuanto a salud la Ley constituye el cambio más profundo en toda la historia; con base en el concepto de competencia regulada, crea un sistema obligatorio para todos los habitantes del territorio colombiano, y otorga importancia primordial al ciudadano como fin de todo el sistema.

Los principios fundamentales se expresan en el Artículo 153 de la Ley⁶ y son: equidad (mínimo de servicios de igual calidad para todos); obligatoriedad (afiliación obligatoria para todos los habitantes); protección integral (educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación); libre elección (libre entre EPS, restringida para IPS); autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

EL PRIMER AÑO

La ley se aprobó a escasos meses de finalizar el Gobierno que la impulsó, de manera que se notó un gran esfuerzo por dejar lo más adelantada posible su reglamentación, probablemente presionado por las dudas ante la actitud que asumiría el nuevo Gobierno con respecto a la seguridad social.

El CNSSS se reunió por primera

vez el 31 de mayo de 1994 y realizó en total 4 reuniones antes de terminar el Gobierno, en las que se tomaron determinaciones básicas sobre el mismo Consejo, el POS y la UPC. Simultáneamente el Gobierno emitió numerosos decretos reglamentarios, casi todos en vísperas de terminar su período, entre el 4 y el 6 de agosto.

Iniciado el nuevo Gobierno, viene un período de inactividad hasta el 3 de octubre cuando se reúne el CNSSS y el Gobierno expresa la necesidad de reducir la UPC que había sido fijada en \$141,600.00, en el Acuerdo 007 del 28 de julio de 1994. Este hecho tuvo un enorme impacto en el desarrollo del sistema, pues creó desconcierto y despertó muchas dudas de cuál sería la actitud del nuevo Gobierno, pues su primera acción daba pie para tener una justificada desconfianza.

Después de un período de intensas discusiones el CNSSS aprobó modificar la UPC y la redujo a \$121,000.00, a la vez que aumentó la cotización de 11% a 12% a partir del primero de enero de 1995.

De esta manera terminaba el primer año de reforma, con grandes inquietudes por parte del sector privado, pues se determinó que la afiliación familiar obligatoria comenzara en 1995, cuando apenas se habían aprobado las primeras EPS en el mes de diciembre. También había temas sobre los cuales reinaba gran confusión como los relacionados con el Régimen Subsidiado, los copagos y las cuotas moderadoras, pues las modificaciones que realizó el CNSSS no produjeron cambios en los respectivos decretos.

LOS AÑOS 1995 Y 1996

Se podría decir con certeza, que la aplicación plena de la reforma no se

inició sino hasta finales de 1995, luego de haber tomado decisiones que definieron temas que el sector esperaba desde hacía meses.

Entre otras cosas, se fijó término para iniciar la cobertura familiar para todos los afiliados al ISS a partir del mes de junio permitiendo, en el primer semestre, la afiliación individual. Esto frenó de manera importante la ampliación del cubrimiento familiar y creó una diferencia muy notoria entre el ISS y las demás EPS.

Por otra parte, en octubre el CNSSS definió las características del plan subsidiado, fijó la UPC-S en \$75,000 (\$60,000 para la atención integral del grupo materno infantil y las atenciones de primer nivel para el resto de grupos de la población afiliada y \$15,000 para las enfermedades de alto costo de toda la población afiliada) y definió las reglas de juego para las entidades que podrían participar en el sistema.

En este período ocurren 2 nuevos cambios de Ministro de Salud. La llegada de Augusto Galán y posteriormente la de María Teresa Forero de Saade son definitivas para que el sistema despegue a finales de 1995 y adquiera una gran dinámica en los primeros meses de 1996. El sector privado despeja muchas de sus dudas y comienza a participar con decisión en todos los campos. Los cambios al régimen subsidiado dan claridad y se nota actividad de afiliación en todo el territorio nacional.

Para 1996 el CNSSS reajustó la UPC en 19.5%, de acuerdo con las metas propuestas por el Gobierno Nacional, quedando en \$144,595.00 para el Régimen Contributivo y en \$89,625.00 para el Subsidiado (\$17,327.00 para enfermedades de alto costo y \$72,298.00 para atención integral de primer nivel y materno-infantil).

EVALUACIÓN HASTA 1996

Para realizar un balance del nuevo sistema vale la pena analizar diversos aspectos y compararlos con las proyecciones iniciales, sobre todo en lo relacionado con universalidad, oferta de servicios y financiamiento.

Es necesario advertir que a pesar de tratarse de un sistema nuevo, la información disponible es incompleta en 2 sentidos:

- La que se suministra al usuario y al potencial afiliado, lo que conduce a que exista una gran confusión en cuanto a derechos, deberes y formas de participación.
- La información técnica de EPS e IPS, que además de ser insuficiente, no cuenta con un sistema unificado que permita hacer un seguimiento integral del sistema.

Se destacan los enormes problemas que presenta en este sentido el ISS, que al ser la EPS más grande ocasiona importantes vacíos de información para el sistema en general. Esto condujo a que la Superintendencia Nacional de Salud impusiera al ISS un severo plan de ajuste que ya cumplió sus primeras etapas y que deberá terminarse a finales del mes de septiembre⁷.

1. Universalidad. La meta de alcanzar la cobertura universal es la que tiene un plazo más largo. Sin embargo, es interesante observar cómo ha evolucionado. En 1993, cuando se aprobó la Ley, sólo 18% de los colombianos estaban afiliados a la seguridad social; 17% tenían servicios privados; 40% dependían del sector oficial; y 25% no tenían ningún tipo de cubrimiento.

La situación ha cambiado radicalmente, de manera que hoy, casi la mitad de los 38 millones de colombianos está afiliado al sistema, lo que constituye, sin ninguna duda, un avan-

ce extraordinario. Si se proyectan de manera conservadora, los datos recientes, el Régimen Subsidiado puede contar en la actualidad con 5'500,000 afiliados y el Contributivo con cerca de 13 millones de personas. Al finalizar 1996, habrá un poco más de 6 millones de personas en el Subsidiado, con lo cual el sistema cubrirá más de 19 millones de personas, es decir 50% de la población.

En estos datos quedan algunas dudas respecto al Régimen Contributivo, originadas en la falta de información del ISS, pues las EPS privadas han registrado un ritmo de afiliación muy importante en el primer semestre de 1996, de manera que en junio pasaban de los 2'200,000 afiliados (Cuadro 1), lo que implica que por lo menos hay 500,000 afiliados nuevos entre enero y junio, cifra bastante interesante. Sin embargo, no es posible establecer qué proporción de esas afiliaciones proviene de personas que estaban en el ISS y por tanto, no son nuevas para el sistema.

Cuadro 1
Afiliados a EPS privadas*

Razón social	Afiliados a junio 1996
Salud Colmena EPS	253,615
Salud Total S.A. EPS	153,945
Cafesalud EPS S.A.	166,767
Bonsalud S.A. EPS	120,367
EPS Sánitas S.A.	97,270
Unimec EPS S.A.	154,729
Compensar EPS	124,022
EPS Comfenalco Antioquia	35,218
Susalud EPS	270,944
Colseguros EPS	48,728
Comfenalco Valle EPS	37,465
EPS Saludcoop	311,442
Humana vivir EPS	27,129
Colpatria S.A. EPS	19,260
Coomeva EPS S.A.	76,439
EPS Famisanar	211,549
EPS SOS S.A.	68,329
EPS Risaralda	6,010
Corporación EPS	2,223
Cruz Blanca EPS	62,897
Capresoca EPS	5,382
Total	2'253,730

* Información provisional no oficial.

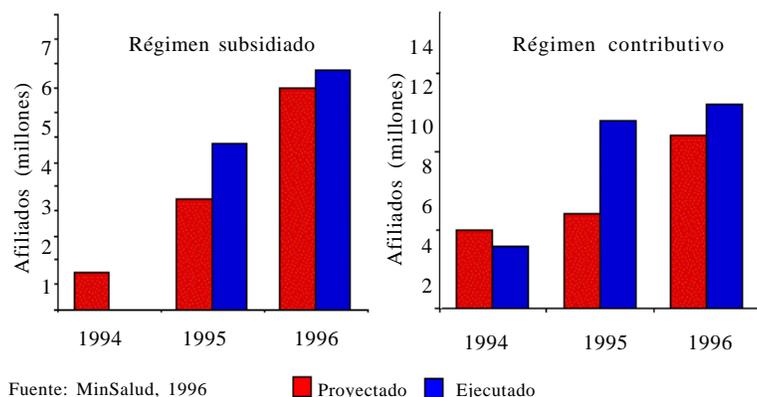


Figura 1. Personas afiliadas al sistema. 1993-1996.

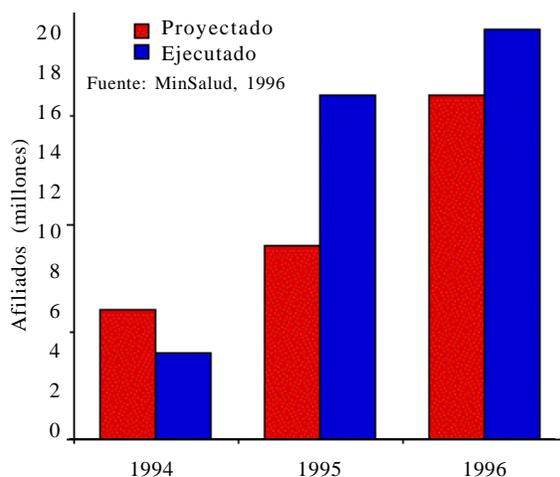


Figura 2. Total de personas afiliadas. 1993-1996.

Es interesante comparar las metas que propuso el Gobierno Nacional al tramitar la Ley, en cuanto a la afiliación a los diferentes regímenes. En los documentos iniciales se aprecia que para el Régimen Subsidiado se esperaban cerca de 1 millón de personas para 1994, casi 3 millones al terminar 1995 y cerca de 6 millones al terminar 1996. Como puede apreciarse en la Figura 2, las metas no sólo se han cumplido sino que se han superado.

El Régimen Contributivo presenta un panorama similar, pues para 1994

se esperaban 5 millones de afiliados, 6 millones para 1995 y 11 millones para finales de 1996, como se observa en la Figura 1.

Finalmente, si uno compara la proyección del número total de afiliados al sistema con los resultados obtenidos, se aprecia claramente que las metas están en superación hasta el momento. En la Figura 2 se han proyectado las cifras de 1996, con los datos disponibles en la actualidad y se calcula una afiliación baja para los próximos 6 meses.

2. Oferta de servicios. Hubo mu-

chas dudas respecto a la forma como se ofrecerían servicios, a la participación del sector privado y al cubrimiento geográfico. Los datos más recientes⁸ indican que para el Régimen Contributivo hay 26 EPS debidamente aprobadas, que tienen una capacidad autorizada de afiliación para este régimen de 17'184,541 personas*.

Por otra parte, para junio de 1996 la capacidad de afiliación autorizada para el Régimen Subsidiado era de 10'362,560 personas¹⁰, entre las 37 cajas de compensación autorizadas, las 151 empresas solidarias y las 15 EPS. Por el número, la diversidad de organizaciones y su capacidad autorizada, esto representa uno de los logros más importantes del nuevo sistema, pues significa posibilidad efectiva de acceso con libre elección para las gentes más pobres, precisamente las que antes de la Ley no tenían la menor posibilidad de contar con servicios de salud.

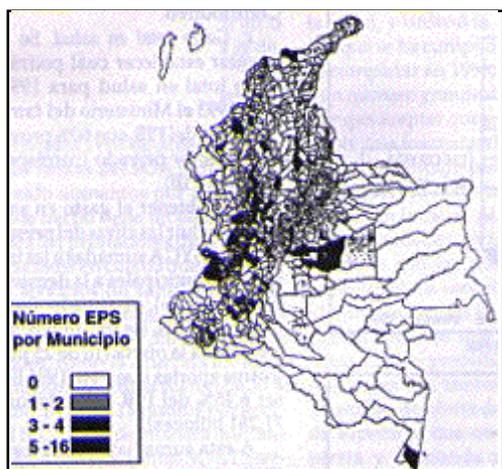
Hoy el sistema posee una capacidad autorizada total de 27'547,101 personas, que para 38 millones de habitantes, significa que ya hay capacidad para afiliar 72.5% de la población total.

Respecto a la distribución geográfica, la Dirección General de Seguridad Social del Ministerio de Salud indicó que al 15 de abril de 1996, según la información de los departamentos respecto a la distribución de las ARS, se ofrecían servicios en 578 de 610 municipios que informaron, lo que significaría una cobertura geográfica de 93.1%. En cuanto al Régimen Contributivo, de acuerdo con el "Programa de apoyo para la ejecución de la reforma del SSS," liderado por la Universidad de Harvard¹¹ las EPS cubren aproximadamente 50% de los municipios colombianos, donde reside casi 70% de la población, como se aprecia en el Mapa 1.

3. Aspectos financieros:

a. Recursos del FOSYGA. Estos recursos están constituidos por la suma de los recursos de las 4 subcuentas que lo constituyen:

* Salud Colmena, Salud Total, Cafesalud, Bonsalud, Sanitas, ISS, Unimec, Compensar, Confenalco Antioquia, Susalud, Colseguros, Comfenalco Valle, Saludcoop, Humana Vivir, Servicios médicos Colpatria, Coomeva, Famisanar, SOS, Risaralda, Caprecom, Corporación Convida, Cruz Blanca, Cajanal, Capresoca y Solsalud.



Mapa 1. Distribución de EPS por municipio, 1996.

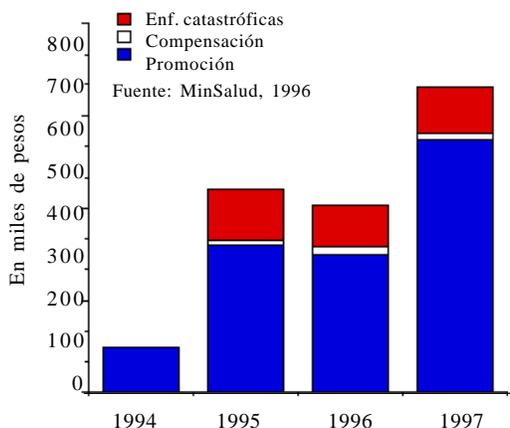


Figura 3. Recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía. 1994-1997.

I. La Subcuenta de Compensación del Régimen Contributivo se nutre de los excedentes que resultan de la diferencia entre los aportes obligatorios de los afiliados y el valor que reconoce el sistema a las EPS por el POS y demás beneficios.

II. La Subcuenta de Solidaridad recibe un punto de la cotización del Régimen Contributivo, el aporte del Presupuesto Nacional, el porcentaje de los recursos recaudados por concepto de subsidio familiar que administran las cajas de compensación familiar, los rendimientos financieros, las multas y recursos provenientes del impuesto de remesa de utilidades de Cusiana y Cupiagua y los recursos del impuesto social a las armas.

III. La Subcuenta de Promoción obtie-

ne sus recursos de un porcentaje de la cotización definido por el CNSSS.

IV. La Subcuenta de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tráfico se nutre con los recursos del FONSAT, 50% de la prima anual del seguro obligatorio de accidentes de tráfico y algunos provenientes del Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia de la República.

Si se analizan los datos sobre los recursos del FOSYGA se puede apreciar un gran incremento (319%) entre 1994 y 1995 motivado por el comienzo del sistema. En 1994 las cuentas de promoción y de compensación no tuvieron movimiento.

Entre 1995 y 1996, al comparar lo ejecutado en 1995 con lo presupuestado para 1996 (corrigiendo únicamente las cifras provenientes de la cotización) se podría predecir un leve descenso de los recursos. Sin embargo, es de esperarse que eso no ocurra y más bien es lógico que se repita la experiencia de 1995, año en el que lo ejecutado superó ampliamente lo presupuestado (217%). La razón para que esto suceda es que el presupuesto se aprueba antes de conocerse el resultado del año anterior y además se debe ajustar a las políticas del Gobierno (Figura 3).

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 221, estableció⁶ las características del aporte del Presupuesto Nacional a la subcuenta de solidaridad y en el numeral 1, dice textualmente: «en los años 1994, 1995 y 1996 no deberá ser inferior a los recursos generados por concepto de los literales A (el punto de solidaridad del Régimen Contributivo) y B (el monto que las cajas de compensación familiar destinan a

los subsidios de salud).» Es claro, que el Gobierno no cumplió con ese mandato en 1995 y probablemente no la hará en 1996.

En efecto, en 1995 el punto de solidaridad sumó \$198,920 millones de pesos, mientras el aporte del Presupuesto Nacional fue de \$70,000 millones. Para 1996, se esperan ingresos por el punto de solidaridad de \$125'156,341 millones, cifra que seguramente se superará ampliamente; sin embargo, sólo está presupuestado un aporte de \$64'033,336 millones. El Gobierno ha dado explicaciones que son insuficientes y no están de acuerdo con el claro mandato de la Ley.

Hay otro interrogante sobre el FOSYGA y es ¿qué pasará con la subcuenta de compensación cuando el ISS comience a compensar? Hasta el momento no lo ha podido hacer por el vacío de información ya mencionado. Para algunos el ISS requerirá una compensación que podría estar cercana a los \$60,000 millones al año, mientras para otros la situación es exactamente al contrario, es decir, que el ISS tendrá que girarle a la subcuenta. En el caso que la primera posibilidad sea la cierta, la subcuenta entraría en bancarrota, y crearía una crisis muy importante. A esto hay que agregar que el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares tampoco está compensando y que, según algunos cálculos, es deficitario en cerca de \$15,000 millones anuales, con lo cual la situación es aún más crítica.

Este tema tiene la mayor importancia pues de él depende la viabilidad del Sistema Contributivo y la estabilidad general del sistema. Por tanto, es de esperar que

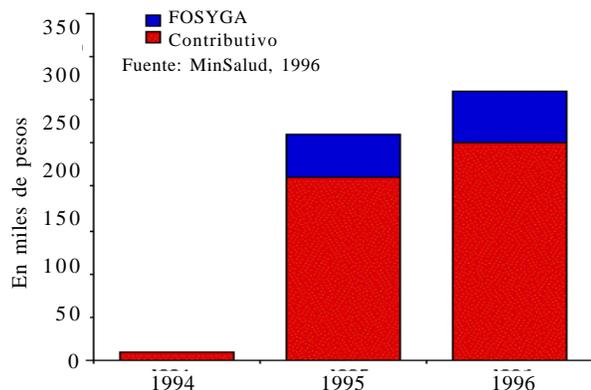


Figura 4. Recursos totales del sistema. 1994-1996.

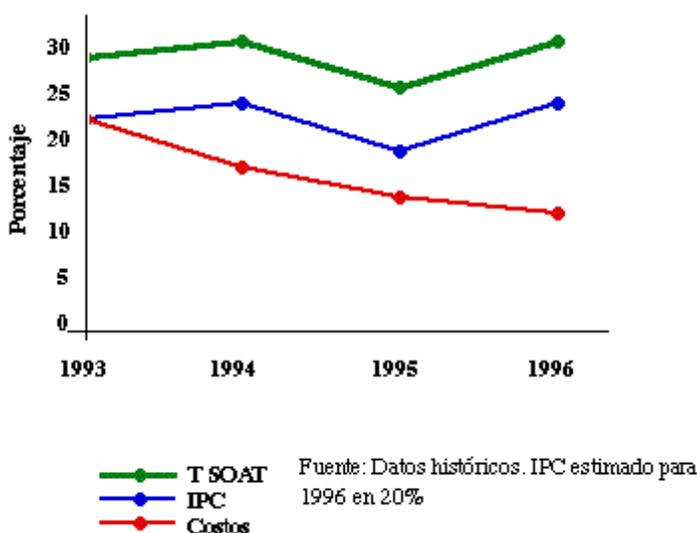


Figura 5. Tarifas SOAT, IPC y costos en salud. 1993-1996.

el Gobierno tenga preparadas las medidas necesarias para sortear una situación tan crítica. He planteado en algunos foros que en ese caso habría que dejar de transferir el punto de solidaridad, pues éste en el fondo es un impuesto disfrazado que pagan los trabajadores para realizar una obra que es entera responsabilidad del Estado. Es una posibilidad poco popular, pero llegada la situación habría que considerarla.

b. Recursos totales del sistema. Los recursos totales del sistema están representados por los recursos del FOSYGA y los recursos del Régimen Contributivo. Para estimarlos es necesario recurrir a cálculos indirectos a partir del valor del punto transferido a la subcuenta de solidaridad, pues hasta la fecha no hay información detallada del ISS, la mayor EPS del sistema.

Si se usa esa metodología se obtiene una cifra de 2,188 billones de pesos para 1995. Para 1996, la cifra asciende

a 2,614 billones de pesos obtenida de proyecciones de lo ejecutado en 1995 con respecto a ingresos por capitación y manteniendo los ingresos de dineros públicos según el presupuesto. Esta cifra no es exacta, pues falta hacer un ajuste de acuerdo con los afiliados al Instituto de las Fuerzas Armadas y a Ecopetrol, que, aunque aportan el punto de solidaridad, estrictamente hablando no pertenecen al Régimen Contributivo. Las cifras totales del sistema se observan en la Figura 4.

Es interesante observar el comportamiento de los recursos con relación al PIB, los cuales en el año 1995 llegaron a 4.2% y en 1996 se calculan en 3.8%, sin considerar crecimiento alguno del sistema. Entonces es perfectamente posible pensar que en 1996 llegarán, por lo menos a la misma cifra que en 1995.

En los estimativos iniciales¹² para 1995 se esperaba que los recursos representaran 3.2% del PIB y para 1996 aproximadamente 3.5%. Estas metas se han superado, a pesar del aporte incompleto del Presupuesto Nacional a la subcuenta de solidaridad, a expensas del crecimiento del Régimen Contributivo.

c. Gasto total en salud. Se puede intentar establecer cuál podrá ser el gasto total en salud para 1996, que para 1993 el Ministerio del ramo estimó en 6% del PIB, con 60% proveniente del sector privado (corresponde a 3.5% del PIB).

Para obtener el gasto en salud se deben incluir las cifras del presupuesto del FOSYGA sumadas a las transferencias municipales a la demanda (15 de 25 puntos), el situado fiscal, las rentas cedidas, las transferencias municipales a la oferta (10 de 25 puntos), y otros aportes que para 1996 llegan a ser 6.45% del PIB (4,596 billones de 71,281 billones).

A esta suma hay que agregarle el gasto privado, del que no hay un estimativo reciente. El único dato es el de la Superintendencia Nacional de Salud con relación a las compañías de medicina prepagada¹³, en el que se demuestra que entre diciembre de 1994 y diciembre de 1995 solamente perdieron 7% de sus afiliados (65,000 personas). Sin embargo, para efectos de cálculo, de manera muy conservadora, se podría suponer que el aumento de la cobertura del Sistema ha disminuido radicalmente el gasto de modo que actualmente sea la mitad de lo que era en 1993, es decir 1.75% del PIB.

Con estos datos sucede que en 1996 el gasto total en salud estará por encima de 8% del PIB, lo que significa que en los primeros meses de aplicación de la Ley aumentó por lo menos en 2%, cifra más alta a la esperada.

d. UPC y tarifas del SOAT. Tanto la UPC como las

tarifas del SOAT cumplen una función reguladora desde el punto de vista del equilibrio financiero. La primera permite la distribución adecuada de los recursos recaudados y las segundas logran que las IPS reciban una remuneración adecuada que garantice su supervivencia y servicios de buena calidad. Además, las tarifas juegan un papel importante desde el punto de vista social por influir en la distribución de los subsidios a la demanda.

La UPC se fijó definitivamente en 1995 y solamente ha tenido un ajuste de 19.5% para 1996 de acuerdo con el IPC. Las tarifas del SOAT en cambio han tenido aumentos por debajo del IPC. Este hecho tiene un efecto negativo para los prestadores de servicios, más si se tiene en cuenta que los costos de los servicios de salud crecen, en condiciones normales, 5 a 6 puntos por encima del IPC. En situaciones especiales, como la ocurrida en 1995, los aumentos de costos fueron de 30% en el año, es decir 11 puntos por encima del IPC¹⁴. Esto demuestra que tanto la UPC, como las tarifas SOAT pierden cada vez más terreno (Figura 5).

Esta brecha importante y podría decirse que peligrosa entre el aumento de los costos, las tarifas y la UPC, puede ocasionar problemas en la calidad y en el acceso a los servicios. Infortunadamente son muy pocas las instituciones hospitalarias que cuentan con sistemas de costos que permitan establecer con certeza el impacto que produce esta situación sobre las entidades.

4. Los profesionales y las IPS. Se mencionó que cuando se aprobó la Ley 100 existía una profunda insatisfacción de los profesionales de la salud y un sector hospitalario en permanente crisis. Vale entonces la pena preguntarse qué tanto ha cambiado

esta situación.

La respuesta es difícil porque no hay indicadores objetivos diferentes a los ya mencionados con respecto a las tarifas del SOAT. Si bien es claro que tales tarifas no son obligatorias sino para los accidentes de tráfico y para la atención inicial de urgencias, también es cierto que muchos las han convertido en tarifas para contratación con profesionales e IPS.

Aunque la Ley en su Artículo 193 habló, por primera vez, de incentivos a los trabajadores y profesionales de la salud, y ordenó la nivelación salarial que se ha cumplido y que se deberá completar en 1998, para beneficiar a un número grande de profesionales, hay que aceptar que entre los médicos existe una insatisfacción grande, que no ha disminuido con el nuevo Sistema y que, por el contrario, muchos le adjudican la causa de sus problemas.

La insatisfacción tiene que ver sobre todo con las tarifas con que se remuneran los servicios, en lo cual se identifican con los hospitales y clínicas. Es evidente que las condiciones iniciales han permitido que las EPS impongan sus tarifas porque existía un exceso de oferta de servicios. Puede esperarse que en la medida que oferta y demanda se nivelen, los prestadores de servicios tendrán más fuerza a la hora de negociar tarifas.

Para ello será necesario que tanto médicos como IPS se organicen, preparen e informen sobre costos, tarifas y formas de contratación para tener poder de negociación y así nivelar el Sistema, pues por ahora permanecerá desnivelado a favor de las EPS. Afortunadamente, ya se perciben organizaciones que como el CONSIMED y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, trabajan en ese sentido.

Lograr que profesionales e IPS estén satisfechos y motivados deberá

ser una preocupación de todo el sector, pues en la medida que ello se logre se habrá dado un paso muy importante para el fortalecimiento definitivo del Sistema de Seguridad Social.

5. Otros aspectos. Hay aspectos difíciles de juzgar como la libre elección por parte de los usuarios, pero parece que no la utilizan los ciudadanos como se esperaría, probablemente por falta de información y, con mucha frecuencia, porque existe confusión con respecto a lo que ocurre con las pensiones. La gente piensa que al cambiarse de EPS pierde derechos acumulados, y olvidan que esto no ocurre en salud y que para efectos de los tiempos de carencia todo el Sistema se considera como una sola unidad.

Otros temas, como la protección integral, parece que se cumple en buena medida y no se escuchan mayores dudas al respecto. Lo mismo sucede con la participación social, que a juzgar por el número de empresas solidarias autorizadas para el Régimen Subsidiado, es bastante importante.

El proceso para que las IPS públicas alcancen autonomía lo mismo que la progresiva descentralización administrativa se cumple, con algunos altibajos, relacionados principalmente con circunstancias regionales.

La concertación se ha logrado en forma progresiva, gracias a las instancias diseñadas para el efecto, como el CNSSS, donde todos los entes participantes muestran la voluntad de encontrar soluciones a los problemas que se presentan. Sin embargo, casi todos los Consejos territoriales y locales están en proceso de formación.

Aspectos como la calidad y la equidad son mucho más difíciles de juzgar y no hay datos confiables que permitan evaluarlos con objetividad. Las organizaciones médicas y algu-

nas otras han manifestado que las tarifas con que se remuneran los servicios en la actualidad pueden atentar contra la calidad de los mismos. También se ha planteado la necesidad de crear estímulos a la calidad de los servicios, dentro de las tarifas del SOAT y en general, en todas las tarifas del Sistema¹⁵. Lo cierto es que como ahora no hay estímulos a la calidad, se abren peligrosamente las posibilidades que se nivele por lo bajo.

Otro aspecto, que pretendió subsanar la Ley es el del doble aseguramiento. La impresión personal de quien escribe consiste en que en este aspecto el impacto ha sido muy discreto. Se aprecia un número muy reducido de planes complementarios aprobados por la Superintendencia Nacional de Salud y los usuarios consideran que no son atractivos y que sus tarifas resultan onerosas, de manera que una proporción elevada de personas de ingresos medios y altos ha conservado sus planes de medicina prepagada o sus seguros de salud tradicionales.

La evasión es un tema que preocupa bastante, sobre el cual ya se ha llamado la atención¹⁶; parece que todavía hay trabajadores dependientes sin afiliación, lo mismo que un número importante de trabajadores independientes. La elusión también es notoria, cuando una proporción muy importante de los trabajadores independientes se vincula con sólo 2 salarios mínimos de ingreso, lo que distorsiona el equilibrio financiero del sistema y perjudica la posibilidad de acceso de los pobres.

6. Algunas propuestas de reforma. En distintos medios se han mencionado posibles reformas a la Ley 100 de 1993, en lo relacionado con salud. En el primer semestre de 1996 se rumoró con insistencia que hacía trámite en el Congreso un proyecto, sin embargo, al cierre de la legislatura

del primer semestre no se había radicado ninguna iniciativa en tal sentido.

Se sabe públicamente que el Ministerio del Trabajo prepara una propuesta; sin embargo, todo indica que se limitará a algunos aspectos del régimen de pensiones y no tocará el de salud. El Gobierno propondrá reformas al Sistema de Salud de las Fuerzas Armadas, lo que tendría repercusiones en todo el sistema, pero hasta ahora no se conocen detalles al respecto.

Algunos representantes de IPS públicas han manifestado la intención de presionar una reforma que garantice a esas entidades mantener, de forma indefinida, el subsidio a la oferta que actualmente reciben y participar también de los subsidios a través de la demanda.

En el sector de las IPS privadas hay quienes piensan que se debe revisar el doble papel de las EPS, como aseguradoras y prestadores simultáneamente, aspecto sobre el cual también llamó la atención la comisión accidental de Senado y Cámara para el seguimiento de la Ley 100. Evidentemente, el proyecto original del Gobierno contemplaba el sistema apoyado sobre un trípode constituido por los aseguradores, los prestadores de servicios y los usuarios, donde cada uno de los componentes jugaba un papel definido por completo. La modificación, que en parte se introdujo para solucionar la situación particular del ISS, desvirtúa la concepción original del Sistema, crea un evidente peligro para las IPS y a la larga se opone a los intereses de los usuarios y al mejoramiento de la calidad de los servicios.

Algunas organizaciones médicas insisten en que la libre elección de profesionales e instituciones no debe estar limitada por las listas que actualmente tienen las EPS sino que los

afiliados deben poder escoger el profesional y la institución que deseen. Situación que puede ser mejor para los usuarios, pero administrativamente podría ser inmanejable.

El documento más avanzado conocido es el proyecto de modificaciones a la Ley que prepara el CONSIMED, donde hay 5 propuestas:

1. La creación de un sistema de salud dual.
2. Sistema de subsidio mixto a la oferta y a la demanda.
3. Medidas para asegurar el aporte del Presupuesto Nacional para que sea verdaderamente «par y pasu.»
4. Régimen de transición en salud
5. Concertación en salud (honorarios, tarifas, etc.)¹⁷.

Es importante mencionar con respecto a esta propuesta que un sistema «dual» que desconoce entre otros puntos la competencia como mecanismo para lograr servicios de salud eficientes y de calidad va en contra de los principios que benefician a los usuarios y que inspiraron la Ley. Además, pretender dar ventajas al ISS en detrimento de las personas más pobres, al suspender el aporte de un punto de la cotización para el régimen subsidiado entre otras cosas que propone, no parece ser lo más equitativo. Adicionalmente, perpetuar subsidios de oferta simultáneamente con subsidios a la demanda, sin ninguna consideración técnica, es condenar al sistema a la ineficiencia y a la inadecuada gestión de los escasos recursos del sector.

En los últimos días se ha conocido una versión preliminar de un proyecto de Ley, aparentemente preparado por el Ministerio de Hacienda, «por el cual se dictan normas tendientes a la racionalización del gasto público y se dictan otras disposiciones,» mediante el cual los subsidios a la demanda regresan a la oferta, para que los

manejen las direcciones locales, distritales o departamentales de salud. También se elimina el Régimen Subsidiado para regresar al sistema antiguo, donde las personas pobres solamente podían acudir a los hospitales públicos.

El proyecto que habría preparado el Gobierno, constituye el retroceso mas grave que podría ocurrir, atenta contra lo fundamental de la Ley 100, va en contra de los intereses de las personas más pobres de Colombia y no puede descartarse que existan propósitos políticos ocultos al dotar nuevamente a las direcciones de salud de presupuesto. Además pretende disminuir los recursos que el Estado debe destinar para la salud y deja buena parte de esta carga en los trabajadores colombianos, cuyo aporte a la subcuenta de solidaridad no contaría más con la contrapartida del Estado.

La diversidad de las propuestas hasta ahora conocida, demuestra, que no hay un problema que todo el mundo identifique como tal. Más bien, las distintas propuestas tienden a solucionar situaciones específicas, que afectan a uno u otro sector y probablemente muchas no requieren una modificación de la Ley para ser solucionadas.

CONCLUSIONES

El nuevo Sistema de Seguridad Social que creó la Ley 100 de 1993, apenas cumple un año de aplicación plena en octubre de 1996. Sin embargo, los resultados son ampliamente satisfactorios y en muchos aspectos superan las expectativas iniciales.

Es indispensable aclarar el tema del aporte del Estado al Régimen Subsidiado, pues se podría necesitar una nueva Ley que proporcione absoluta transparencia al asunto y que

haga ineludible esta responsabilidad para el Gobierno Nacional.

Hay algunos aspectos que requieren atención especial, como los temas de evasión, elusión, tarifas y sistemas de información, en los que es indispensable trabajar de manera inmediata.

La calidad y la adecuada remuneración de los proveedores de servicios son puntos que requieren la máxima atención y deben ser preocupación de todo el Sistema pues, en buena parte, de ellos depende su éxito futuro.

A pesar de la necesidad de algunos ajustes a la Ley no se debe desconocer el peligro de introducir otros que pueden crear un desequilibrio que interfiera con la dinámica que por ahora lleva el sistema. No es posible olvidar que una reforma de esta magnitud es un cambio que toma muchos años para consolidarse, y que si bien necesariamente habrá que introducirle ajustes, un tiempo tan corto como el recorrido hasta ahora no es suficiente como para tener una perspectiva adecuada.

Es entonces urgente invitar a todos los participantes, al Gobierno Nacional y al Congreso de la República a no tramitar ninguna reforma hasta que se hayan completado por lo menos 3 años de aplicación plena del nuevo sistema, en los que se alcance la información suficiente para tener claridad de los aspectos que se deben ajustar sin poner en peligro su estabilidad ni su futuro.

GLOSARIO

Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)
Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)
Consejo Superior de Instituciones Médicas (CONSIMED)

Empresas Promotoras de Salud (EPS)
Empresas Sociales del Estado (ESE)
Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)
Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)
Instituto de Seguros Sociales (ISS)
Plan de Atención Básica (PAB)
Plan Obligatorio de Salud (POS)
Producto Interno Bruto (PIB)
Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT)
Sistema Nacional de Salud (SNS)
Unidad de Pago por Capitación (UPC)

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. *La reforma a la seguridad social en salud*. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá, 1994, pp. 6-8.
2. Ministerio de Salud. *El sistema de seguridad social en salud*. Bogotá, Impreso, 1994.
3. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Editorial Temis, 1991, pp. 22-23.
4. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá, Ediciones Ecoe, 1988, pp. 24.
5. Paredes N. Comunicación personal, 1996.
6. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Bogotá. *Ley de Seguridad Social (Ley 100 de 1993)*. 1993.
7. Superintendencia Nacional de Salud. Bogotá, *Resolución N° 0043 de 1996*, 1996.
8. CNSS. *Informe al Congreso Nacional*. Bogotá, 1996.
9. Superintendencia Nacional de Salud. *Información a junio 30*, Bogotá, 1996.
10. *Programa de apoyo a la implementación de la reforma del SSS*. Liderado por la Universidad de Harvard, Segundo informe, 1996.
11. Ministerio de Salud. *El sistema de seguridad social en salud. Ley 100 de 1993*. Folleto mayo 31, 1994.
12. *El Tiempo*, agosto 7, Bogotá, 1996, p. 3.
13. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Bogotá, *Estudio sobre variación en costos 1995-1996*, 1996.
14. Esguerra R. Reflexiones sobre la reforma y los hospitales. En *El papel de la inversión en la transición al régimen subsidiado*. Fedesarrollo-Fundación Corona. Bogotá, Tercer Mundo, 1996, pp 13-16.
15. Guideon U, Wüllner A, Paredes N. *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*. Bogotá, Fundaciones Corona, FES y Restrepo Barco, 1996.
16. Redondo H. *Modificación a la Ley 100 de 1993. Exposición de motivos, problemas y solución*. Mimeografiado, 1996.