

# Seguridad Social en Salud: Reforma a la Reforma

**Juan Carlos Eslava C.**

Médico. M. Sc. Sociología. Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. Tel. 3165000 ext. 15073; 3681529. Santafé de Bogotá. E-mail: [solracnuaj2@yahoo.com](mailto:solracnuaj2@yahoo.com)

---

## RESUMEN

Se examinan las propuestas de reforma a la Ley 100 de 1993, presentadas en el Foro Regional sobre Seguridad Social en Salud, llevado a cabo en Bogotá a comienzos de 1999. Con base en 53 documentos se describen los tipos de propuestas, las tendencias que subyacen a las mismas y algunas de las confluencias y divergencias que se encuentran entre diversos actores del Sistema de Seguridad Social. Los temas más frecuentes, en los cuales se inscribían las propuestas, fueron los mecanismos de control estatal, el régimen subsidiado, los planes de beneficios, el sistema de información y la participación social. Se presenta un esquema de análisis de los principales problemas que son reconocidos por actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, y se remarca la necesidad de escenarios de debate donde se esclarezcan las bases para garantizar el derecho que tenemos a una íntegra seguridad social.

**Palabras Claves:** Seguridad social, sistema de salud, aseguramiento, política sanitaria, legislación sanitaria.

## ABSTRACT

### **Social security: reforming the reform**

The proposals to modify the Law number 100 of 1993 that were presented in the regional forum on social security held in Bogotá at the beginning of 1999 are examined. Based on 53 documents, the different kinds of proposals are presented, as well as the tendencies underlying them and the coincidences and divergences that are found between the different acting parts in the social security system. The most frequent subjects, in which most of the proposals were inscribed, were the mechanisms for government control, the subsidized regimen, the benefit plans, the information system and social

participation. An outline for the analysis of the main problems that are recognized by the different acting parts in the social security system is presented, with emphasis on the need for scenarios of debate where the bases for guaranteeing the right to integral social security are discussed.

**Key Words:** Social security, health system, insurance, sanitary politics, sanitary legislation.

Los años noventa comenzaron con cambios importantes en el sector de la salud en Colombia. Estos buscaban transformar las dinámicas y las estructuras de un desarticulado sistema de salud que no lograba satisfacer las necesidades ni las expectativas de la población. En particular, los cambios iniciales intentaron solucionar problemas como la ineficiencia del sector, la baja calidad de los servicios, la debilidad de la planeación y gestión y la desorganización del manejo financiero (1-3).

Uno de los cambios fundamentales se dió en el ámbito normativo, con la expedición de la ley 10 de 1990, por medio de la cual se buscó reorganizar el Sistema Nacional de Salud, procurando con ello inscribir al sector salud en la dinámica de descentralización que se impulsaba en el país, en un intento por darle continuidad, aunque de una forma renovada, a una estructura organizacional de la salud en Colombia que se remontaba a los años setenta del presente siglo (4,5).

A la par con la implementación de esta ley, y dentro de un escenario político agitado por las ilusiones de un proceso de elaboración de la nueva Carta Constitucional, se inició una sutil discusión acerca de las concepciones y alcances del derecho a la salud y, más específicamente, una pugna de intereses con relación a la seguridad social (6,7).

El debate suscitado con relación a la seguridad social fue descrito por Jaramillo (7), no sin cierto sesgo, como un enfrentamiento entre el grupo de los "bismarckianos", quienes unían los conceptos de seguridad social y asistencia pública en una defensa del sistema clásico de seguridad social vigente hasta ese momento en el país, y el grupo de los "neoliberales", quienes postulaban las bondades del mercado como

fundamento para la consecución de calidad en la prestación de los servicios (7).

Los resultados de la discusión llevaron a formular un concepto de seguridad social que fue plasmado en el artículo 48 de la nueva Constitución Política. Allí se definió la seguridad social como un servicio público dirigido y controlado por el Estado, y como un derecho irrenunciable por parte de los ciudadanos. Además, se estableció la necesidad de elaborar la ley correspondiente que le diera mayor concreción al enunciado constitucional.

En un proceso político complejo, caracterizado por la tensión entre los intereses de varios actores sociales, algunos de los cuales se concentraron en la reforma al régimen pensional, y en un intenso aunque por momentos restringido debate se formuló y aprobó la ley 100 de 1993, por la cual se creó el "sistema de seguridad social integral" (7-10).

Desde el momento mismo en que se sancionó la ley 100, y que se puso en marcha la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las posiciones adoptadas frente a este estuvieron teñidas de una peculiar expectativa debido, en gran medida, a que el esquema implementado se reconoció como un modelo inédito, mixto e innovador. De hecho, tanto los críticos como los defensores del nuevo sistema de seguridad social en salud fueron cautos a la hora de sopesar las carencias, obstáculos y posibilidades del modelo, dejando un espacio abierto para la valoración sobre las transformaciones llevadas a cabo (11,12).

Para dar respuesta a los grandes problemas del sector salud y garantizar el acceso y la provisión eficiente de servicios sanitarios, el nuevo sistema optó por confiar en las dinámicas propias del mercado, en una modalidad de mercado regulado, y bajo el esquema de aseguramiento. En él se separan las funciones de administración y prestación de los servicios, se establece la obligatoriedad de la afiliación al sistema mediante la adscripción a los regímenes contributivo o subsidiado, y se amplía la cobertura con la incorporación de los familiares de los trabajadores como población beneficiaria de los servicios.

El proceso de instauración del nuevo sistema no ha sido fácil; se han presentado múltiples dificultades que han obstaculizado la cabal implementación de la reforma a la seguridad social y han generado dudas acerca de la posibilidad de cumplir con los objetivos previstos. En opinión del Ministerio de Salud, entre las dificultades se destacan: la lentitud del proceso de conversión de subsidios a la oferta a subsidios a la demanda, la ausencia de mecanismos efectivos para afiliar a una gran cantidad de trabajadores del sector informal, la inequitativa distribución de recursos entre las regiones, la incapacidad de control de la evasión y elusión, la dispersión de la información que genera el sistema y la resistencia de varios actores del sistema a reconocer las bondades de la reforma (13).

En el momento actual, a cinco años largos de la expedición de la ley 100, se empiezan a adelantar procesos sistemáticos de evaluación de la norma legal y, desde diferentes posiciones, se hacen recomendaciones de ajustes, modificaciones y aún reformulaciones. Dentro de esta dinámica se han realizado eventos consultivos adelantados por el Ministerio de Salud con el apoyo de la Comisión Séptima del Senado y la Cámara, diseñados para escuchar las opiniones, en forma de propuestas de modificación a la ley, de los actores del sistema de seguridad social en salud. El último de estos eventos, organizado como Foro Regional, se realizó en Bogotá en el mes de Febrero de 1999. En este foro se presentaron 53 documentos (14) que recogen las diversas propuestas y es con base en ellos que aquí se ha intentado hacer un balance de las tendencias presentes; en particular, se quiere especificar algunas de las confluencias y divergencias que se pueden hallar entre los proponentes y enunciar los principales problemas que se le reconocen al sistema de salud. Si bien la mayoría de las ponencias se ciñeron a los requerimientos de presentación, o sea dos páginas con las propuestas específicas de modificación de la Ley, sin diagnósticos o comentarios adicionales, muchos de los ponentes aportaron elementos adicionales para la comprensión de sus propuestas.

### LAS PROPUESTAS DE LOS ACTORES

Es necesario recordar que, a partir de la expedición de la Ley 100 de 1993, se crearon organizaciones que no existían previamente y se reagruparon otras en nuevas figuras institucionales. En particular, se establecieron las entidades promotoras de salud (EPS), las administradoras del régimen subsidiado (ARS), las administradoras de riesgos profesionales (ARP) y las empresas solidarias de salud (ESS).

Otros actores del sistema son las asociaciones de usuarios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las Empresas Sociales del Estado (ESE) que son IPS de carácter público, los comités de participación comunitaria (Copacos) y las veedurías ciudadanas. Por otra parte, las agremiaciones médicas, las Academias y las Universidades han venido posicionándose, en palabras de M. Hernandez (Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, comunicación personal, Mayo 5, 1999) como actores socio-políticos de importancia, papel que no tuvieron en el momento de definición del nuevo sistema (7,15).

En términos generales, se puede afirmar que la gran mayoría de los actores asumió la bondad de los cambios practicados al sistema de salud, aunque consideraron necesario introducir algunos ajustes que lo hagan más eficaz, más equitativo o más rentable. De un total de 53 propuestas, 25 % apuntaron a modificar el articulado de la Ley 100 y 51 % consideraron necesario cambiar la reglamentación de esta misma Ley. Cabe señalar que uno de los asistentes propuso repensar la base del sistema de seguridad social, en especial el fraccionamiento entre los servicios personales y colectivos; otros cuatro ponentes sugirieron abolir el esquema de intermediación del sistema.

Con relación a los temas en que se inscriben las propuestas de ajuste reglamentario o modificación a la ley, alrededor del 40 % de las ponencias mencionan los mecanismos de control estatal, aproximadamente el 20 % se refieren al plan obligatorio de salud, alrededor del 20% mencionan las Administradoras del régimen subsidiado, un poco más del 20 % aluden al compromiso y responsabilidad estatal y el 15% señalan la participación social (Tabla 1).

Hay, por supuesto, posturas en desacuerdo entre los diferentes actores del sistema, en especial con relación al papel de los intermediarios; a las relaciones entre el Instituto de Seguros Sociales, las IPS y las demás EPS; al papel de las ARP; a la forma de seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado y a los servicios que deben ser considerados dentro de los planes obligatorios de salud. Como es lógico pensar, las opiniones de los actores varían de acuerdo a su posición dentro del sistema.

**Tabla 1.** Frecuencia de temas de modificación (%) y de propuestas, según tipo de proponente. Foro de Bogotá, 1999.

Tema de Modificación	PROPONENTES						Total	
	Individuales	Gremio Academia	EPS	IPS	Asoc. Usuar	Depend. Gobierno		
Control Estatal	43	80	44	33	-	40	36	42
Compromiso Estatal	-	80	11	17	-	-	45	23
ARS	29	60	11	17	-	20	18	23
POS	-	60	11	17	34	20	45	23
Sistema Información	28	40	-	-	-	-	18	15
Participación Social	-	40	11	-	67	20	18	15
EPS	-	40	-	17	33	20	9	11
ARP	-	20	11	-	-	20	27	11
UPC	-	-	11	17	67	-	18	11
Flujo Recursos	-	-	33	33	-	-	-	11
Garantía de Calidad	-	-	22	17	-	-	18	9
Propuestas								
No.	14	5	9	6	3	5	11	53
%	26	10	17	11	6	10	20	100

Por ejemplo, las ARS y ESE defendieron el espacio ganado y justificaron su accionar a partir de un balance de logros alcanzados, al mismo tiempo que señalaron la debilidad de otros actores del sistema y la falta de apoyo gubernamental. Algunas EPS, las Academias y las instituciones públicas, por su lado, señalaron como graves problemas los altos costos de la intermediación y la ineficaz labor de ciertas ARS y ESE.

Las entidades gubernamentales, a su vez, hicieron referencia al papel fundamental que deben tener las Direcciones Locales de Salud y señalaron algunas irregularidades en la acción de las instituciones privadas, mientras que las entidades privadas mencionaron, con relativa insistencia, la poca claridad normativa y el desorden estatal.

Por su parte, las ESS defendieron los principios y las estrategias planteadas en la Ley y denunciaron el interés, por parte del sector privado y de un parte del gobierno, de limitar los alcances de la gestión de las Empresas Solidarias y los logros alcanzados con la instauración del régimen subsidiado. De otro lado, una parte del gremio médico, desde la Academia Nacional de Medicina, propuso suspender la afiliación al régimen subsidiado, mientras se corrigen sus defectos, y continuar con el esquema del subsidio a la oferta.

Otros ponentes, señalaron como prioritario la nivelación del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado con relación al del régimen contributivo, mientras que otros, sostuvieron que es imposible conseguir dicha nivelación en los términos que estipula la Ley y, por ello, señalan que se hace necesario eliminar la obligatoriedad de alcanzar la paridad en los regímenes para el año 2001.

En lo que, aparentemente, están de acuerdo los diversos actores, aunque sólo algunos de ellos hayan hecho propuestas explícitas al respecto, es en la necesidad de establecer un sistema de información adecuado y moderno que posibilite un manejo más racional del sistema, así como el establecimiento de un sistema de garantía de calidad que vele por la buena prestación de los servicios.

#### ALGUNOS PROBLEMAS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Siguiendo el esquema propuesto por Frenk y Londoño (16), mediante el cual se describen las funciones y los componentes de los sistemas de salud, es posible sintetizar los principales problemas que se le han reconocido al diseño e implementación de Ley 100 de 1993. Estos problemas se presentan resumidos en la Tabla 2, y si bien han sido recogidos, en buena parte, de los elementos diagnósticos formulados en

los documentos presentados en el foro, también acogen formulaciones que, desde múltiples perspectivas, vienen siendo presentadas por otros investigadores (7, 17-20).

En términos de modulación, concepto que según los autores que lo proponen (16) rebasa la tradicional noción de regulación, se han evidenciado notorias limitaciones que tienen que ver, por un lado, con que las reglas de juego establecidas carecen de coherencia y claridad y, por otro lado, que se ha carecido de liderazgo de las entidades que deben ejercer la función pública, en cuanto al direccionamiento estratégico del sistema.

Esto ha implicado que los actores comprometidos en la puesta en marcha del sistema actúen bajo el velo del desconocimiento, la confusión y la incertidumbre, y ha conducido a procesos de iniquidad en el acceso de los servicios, incapacidad institucional para adelantar procesos eficaces de vigilancia y control, insuficiencia en el desarrollo de la descentralización en salud y descuido de los programas que controlaban enfermedades prioritarias de tipo endémico y epidémico.

Con referencia a la financiación, se reconoce que el gobierno ha incumplido sus compromisos de contribución al SGSSS y que, en estos momentos, no se cuenta con mecanismos claros de vinculación de trabajadores independientes e informales; por lo tanto, no es posible esperar un aumento de coberturas en el régimen contributivo. Así mismo, el problema de evasión y elusión tiene proporciones realmente alarmantes, que ponen en peligro la viabilidad financiera de un sistema que presupone un intachable proceso de recaudo.

En lo que atañe a la articulación, se ha manifestado el aumento de los trámites burocráticos de la intermediación, que ha empezado a convertirse en un serio obstáculo para que la población acceda fácilmente a los servicios. Además, la presión ejercida por las administradoras sobre las IPS para la disminución de costos ha comenzado a producir un deterioro de la calidad del servicio, en especial, lo correspondiente a las relaciones interpersonales.



Frente a la prestación de servicios de salud, la situación de crisis hospitalaria ha generado grandes dudas acerca de la autosostenibilidad a través de la venta de servicios por parte de las ESE, estrategia adoptada como fundamento del sistema. Por otra parte, la presión por establecer una rentabilidad económica en las instituciones públicas ha propiciado el desdibujamiento de la noción de rentabilidad social, propia de las entidades estatales, y ha debilitado su papel público de garante del acceso a los servicios. Las IPS privadas, por su lado, tampoco han asumido con total compromiso su función y han hecho de la facturación de servicios su principal preocupación.

#### PROPOSITOS Y REALIZACIONES

Es considerable la distancia existente entre los principios establecidos en la Ley 100 y las realizaciones, así como hay una brecha profunda entre los resultados esperados y los efectivamente conseguidos. Esto es evidente en aspectos como la cantidad de dinero que se estimaba conseguir por concepto de cotizaciones, el número de personas que se esperaba afiliar a los dos regímenes, la calidad de los servicios asistenciales, la nivelación paulatina de los planes de salud, el fortalecimiento de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de significado social. En general, los logros alcanzados han estado muy por debajo de los objetivos perseguidos y los planes trazados.

Es imprescindible considerar, con «cabeza fría», dos condiciones que actúan como problemáticas centrales del modelo de aseguramiento actual. El primero tiene que ver con el hecho de que la viabilidad y estabilidad financiera que exige el SGSS dependen, en buen grado, del modelo de desarrollo que asume el país y de los nexos que fabrica con los mercados de capital internacionales y el segundo, con el hecho de que el sistema presupone un mejoramiento significativo y continuo de las condiciones de trabajo y de vida de la población colombiana.

Ante el perturbador peso del sector especulativo en el país, el asfixiante endeudamiento con la banca internacional y la debilidad na-

cional frente a las exigencias de un mundo globalizado, es difícil pensar que un frágil sector social, como el de la salud, tendrá la fortaleza suficiente para refrenar las iniquidades que se generan cotidianamente. A su vez, las preocupantes tasas de desempleo, la informalidad y pobreza presentes en el país no permiten avizorar un futuro promisorio y le restan posibilidades a un modelo de aseguramiento que exige, justamente, condiciones contrarias. Estos elementos tienen que ser puestos sobre la mesa de discusión para evaluar sus posibilidades y limitaciones.

Es necesario agenciar este proceso evaluativo trascendiendo la obstinada defensa del modelo, así como su ataque irreflexivo. Para ello, se hace necesario generar múltiples escenarios de debate donde, a partir de un esfuerzo colectivo, se esclarezcan las bases para garantizar el derecho que todos tenemos a una íntegra seguridad social, sin entregar nuestro futuro a las manos usureras de unos pocos ■

**Tabla 2.** Problemas del SGSSS

<p>MODULACION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poca claridad y dispersión en las reglas y normas establecidas.</li> <li>• Incapacidad de los entes de vigilancia y control.</li> <li>• Consolidación de las iniquidades propias del mercado a partir de la persistencia de la medicina prepagada y los planes complementarios.</li> <li>• Debilitamiento de las direcciones territoriales de salud y restricción de su papel en la administración de recursos públicos dedicados al Plan de Atención Básica (PAB).</li> <li>• Imposibilidad de tener real injerencia en la toma de decisiones públicas relacionadas con la atención en salud, por parte de la comunidad.</li> </ul> <p>FINANCIACION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incumplimiento por parte del Gobierno de sus compromisos de contribución</li> <li>• La cobertura del régimen contributivo es todavía precaria y tiende a estancarse</li> <li>• Evasión, elusión y corrupción.</li> </ul> <p>ARTICULACION</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El aumento de los trámites burocráticos de intermediación ha comenzado a constituir un serio obstáculo para acceso a los servicios por parte de la población.</li> <li>• Progresiva disparidad en las coberturas rural-urbana y entre regiones del país</li> <li>• La presión ejercida por las EPS-ARS sobre las IPS para la disminución de costos ha empezado a generar el deterioro de la calidad del servicio.</li> </ul> <p>PRESTACION DE LOS SERVICIOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis hospitalaria progresiva.</li> <li>• Demanda de servicios, excesiva e incontrolable, por parte de la población «vinculada».</li> <li>• Aumento de quejas, demandas y tutelas por malos servicios, inadecuados procedimientos y violación de derechos.</li> </ul>
--

## REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. OPS. Colombia Sana. Serie Memorias No. 1, Santafé de Bogotá;1991.
2. Ministerio de Salud. Apertura a la Salud 1991-1994. Serie Memorias No. 2, Santafé de Bogotá;1991.
3. Agudelo C. El reto social de la salud. En: Desarrollo del Sistema de Salud en Colombia. Serie Debate No. 2. Ministerio de Salud, OPS/OMS, Santafé de Bogotá;1992. p. 45-52.
4. Jaramillo I. Institucionalización de la descentralización administrativa y la participación comunitaria. En: Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Vol. 1. Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública, Santafé de Bogotá; 1990. p. 281-300.
5. Díaz E. Lineamientos para la reestructuración del Sistema Nacional de Salud. En: Reorganización del Sistema Nacional de Salud. Una respuesta al cambio social. Vol. 1. Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Salud Pública, Santafé de Bogotá;1990. p. 367-387.
6. Hernandez M. El derecho a la salud y la nueva constitución política colombiana. En: Cardona A. (Coord.). Sociedad y Salud. Zeus Asesores, Santafé de Bogotá;1992. p. 129-154.
7. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100. 3ª edición. Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá; 1997.
8. Agudelo C. La reforma del sistema de salud. Cuadernos de Salud y Desarrollo;1993. (1): 19-29.
9. López C. El Instituto de Seguros Sociales y la reforma a la seguridad social en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública;1992. 12 (1): 21-31.
10. López H. “Sobre la propuesta gubernamental de reforma al sistema pensional en Colombia”. Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 1992. 12 (1): 32-48.
11. Restrepo M. Perspectivas para la implantación de la reforma a la seguridad social en Colombia. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Corporación Salud y Desarrollo. Santafé de Bogotá; 1994. p. 33-55.
12. Cardona A. El nuevo escenario de la seguridad social en Colombia. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Corporación Salud y Desarrollo. Santafé de Bogotá;1994. p. 59-83.

13. Ministerio de Salud. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-BID/910/OC-CO. Bases de Precalificación. Concurso 03-97. Bogotá;1997.
14. Foro Regional del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Santafé de Bogotá; 1999. (material en fotocopia).
15. Ochoa D. La participación social en la reforma de la seguridad social en salud. En: Universalidad de la Salud. Otro reto de fin de siglo. Corporación Salud y Desarrollo. Santafé de Bogotá;1994. p. 111-118.
16. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia;1997. (15):1-28.
17. Cardona A. La reforma de la seguridad social en salud: ¿problemas de coyuntura o de diseño?. En: Cartilla de Seguridad Social No. 1. Centro de Estudios de Seguridad Social. Facultad Nacional de Salud Pública, ISS. Medellín;1996. p. 21-41.
18. Ahumada C. Política social y reforma de salud en Colombia. Papel Político;1998, (7): 9-35.
19. Gallardo H, Camacho M. La evasión en el sistema de salud de Colombia. Vía Salud;1998, (4): 5-12.
20. Movimiento Nacional por la Salud Pública. Elementos generales para la construcción de una política nacional de Salud Pública. En: Equidad y política social en Colombia (II). Cumbre Social contra la pobreza, por la equidad y por la paz. Santafé de Bogotá;1999. p. 173-182.