

Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993?

Evolution of the Colombian health system: What remains of Law 100 of 1993?

Jairo Humberto Restrepo-Zea

Recibido 19 septiembre 2021 / Enviado para Modificación 15 noviembre 2021 / Aceptado 29 noviembre 2021

RESUMEN

La reforma colombiana al sistema de salud, adoptada mediante la Ley 100 de 1993, constituye una política pública con grandes pretensiones y cambios institucionales y financieros significativos. La meta principal se refiere a la cobertura universal del aseguramiento, financiada con recursos públicos, con una dirección estatal y una administración confiada a las empresas promotoras de salud, quienes se encargan de garantizar el acceso al plan de beneficios en salud a través de las instituciones prestadoras de servicios. A partir de esta línea base, se desarrolla una mirada sobre los principales cambios normativos para responder a la pregunta de qué tanto ha cambiado el sistema adoptado mediante la Ley 100. En lo que respecta al aseguramiento, el sistema se conserva intacto y, más bien, se ha fortalecido, buscando la cobertura universal y mejoras en el acceso. Los principales cambios se han dado en el financiamiento. Luego de un ciclo con bajos aportes gubernamentales, a partir de 2010 se ha contado con mayores recursos fiscales y una menor participación de las cotizaciones. En la parte institucional, se presentan algunas mejoras como la creación de la entidad administradora de los recursos del sistema y del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, así como el fortalecimiento de la regulación de precios y la política farmacéutica, pero resulta una pérdida la desaparición del Consejo Nacional y de la Comisión de Regulación, lo que significa un debilitamiento de la gobernanza.

JR: Economista. M.Sc. Gobierno y Asuntos Públicos. Profesor Titular y Coordinador del Grupo de Economía de la Salud. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
jairo.restrepo@udea.edu.co

Palabras Clave: Sistemas de salud; seguridad social; organizaciones; historia; Colombia (*fuentes: DeCS; BIREME*).

ABSTRACT

The Colombian reform of health system, adopted by Law 100 of 1993, constitutes a public policy with great pretensions and significant institutional and financial changes. The main goal refers to universal insurance coverage, financed with public resources, with a state direction and an administration entrusted to health promotion companies, who are responsible for guaranteeing access to the health benefits plan through the institutions that provide services. From this baseline, a look at the main regulatory changes is developed to answer the question of how much the system adopted by Law 100 has changed. As far as insurance is concerned, the system remains intact and has rather been strengthened, seeking universal coverage and improvements in access. The main changes have been in financing. After a cycle with low government contributions, since 2010 there have been greater fiscal resources and a lower share of contributions. On the institutional side, some improvements are presented, such as the creation of the entity that administers the resources of the system and the Institute for Technological Evaluation in Health, as well as the strengthening of price regulation and pharmaceutical policy, but the disappearance of the national council and the regulatory commission is a loss, which means a weakening of governance.

Key Words: Health policy; social security; organizations; history; Colombia (*source: MeSH, NLM*).

La reforma colombiana al sistema de salud, contenida en la Ley 100 de 1993, tuvo lugar en un contexto marcado por la euforia que dominó la agenda nacional luego de la promulgación de la Constitución de 1991 (1), la cual implicaría unas expectativas muy grandes para el desarrollo del país a partir de la consagración del Estado social de derecho (2). Las aspiraciones por un Estado más grande y garantista tocaban a la salud, y, al momento de ocuparse de ella mediante la reforma de 1993, esta se diferenciaba en varios aspectos de las recomendaciones del Consenso de Washington, que por entonces dominaba la agenda internacional (3). De manera especial, la reforma colombiana, que se produjo en un escenario de buen crecimiento —y no de crisis económica o fiscal—, estuvo acompañada de un aumento sustancial de recursos públicos, sin que haya implicado recorte alguno, y adoptó una meta ambiciosa sobre cobertura sin seguir la tendencia de paquetes esenciales o básicos para la atención en salud (4).

En este contexto, la Ley 100 puede considerarse como una de las reformas más profundas y ambiciosas que se hayan producido sobre un sector social en Colombia. Además de buscar la cobertura universal en salud y disponer de un mayor gasto público, la ley ordenó una gran transformación institucional (5), lo que en términos económicos implicaba dos efectos: un efecto renta, esto es, más recursos, y un efecto sustitución, que se refería al cambio en la función de producción de servicios de salud, lo que pudo significar un aumento de los costos. Aún cabe la cuestión académica de dimensionar las ganancias de bienestar para la población colombiana con la adopción de esta reforma.

La apuesta colombiana por la cobertura universal tenía una doble dimensión. Por una parte, extender la cobertura de la seguridad social desde un poco más del 20% de la población en 1993 al 100% en el año 2000, y, por otra parte, cubrir a la población afiliada con los beneficios de un plan obligatorio de salud (POS) igual para todos, que a todas luces resultaba superior frente a la recomendación de los paquetes básicos (6). A estas dos dimensiones se sumaría el gran propósito de garantizar protección financiera, que resultaría del avance de las dos anteriores y que habría de concretarse en una reducción del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, en lo que se destaca Colombia (7).

Así que la reforma colombiana tiene matices de corte socialdemócrata en su diseño macro, similar a los modelos de seguridad social dominantes en países europeos, como Alemania y Holanda, y al caso de Israel, país que al mismo tiempo adoptó un sistema muy idéntico al colombiano (8). No obstante, la reforma colombiana también implicó una serie de medidas promercado a

nivel meso y micro; esas, sí más cercanas a las ideas del Consenso de Washington, lo que aún implica una fuerte tensión sobre el modelo de Estado (1) y el sistema de salud, que quiere y puede tener la población colombiana. De manera que los propósitos loables del nivel macro se pueden desnaturalizar en el nivel micro, en donde la gente está reclamando el goce del derecho (9).

Con estas consideraciones, en este artículo se desarrolla una mirada retrospectiva de lo que ha sido la reforma colombiana, centrada en los principales cambios normativos y procurando responder a la pregunta de qué tanto ha cambiado el sistema adoptado mediante la Ley 100. Luego de esta introducción se hace una breve descripción del sistema original, a manera de línea base. A continuación, se realiza un recorrido por los cambios producidos a lo largo de estos 28 años, especialmente en los aspectos institucionales, financieros y del aseguramiento, y al final se plantea una discusión para responder al interrogante de partida.

1. Línea base: el diseño del sistema de salud

Como política pública, la Ley 100 se derivó directamente de la Constitución de 1991. En esta, los artículos 48 y 49 definen la seguridad social y la salud como servicios públicos, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, y le otorgan al Estado responsabilidades en cuanto a dirección, coordinación y control. En el caso específico de la salud, el artículo 49 delegó en la Ley la definición de condiciones para que la atención básica para todos sea gratuita y obligatoria. Además, el artículo transitorio 57 le ordenó al Gobierno conformar una comisión de la que también hicieran parte representantes de sindicatos, gremios económicos, movimientos políticos y sociales, campesinos y trabajadores informales, para elaborar una propuesta que permitiera desarrollar las normas sobre seguridad social (5). Fue así como luego de una larga y agitada discusión, de la visita de legisladores a varios países, y, contrario a la propuesta gubernamental y a los lineamientos de la agenda internacional, se dio lugar a una reforma integral a la seguridad social que prometía mayor cobertura y una financiación más pública (10). En la ley, 97 artículos están dedicados a salud, 142 a pensiones y 14 a riesgos profesionales.

Un sistema de salud está conformado por las normas, las organizaciones y los recursos destinados a producir acciones para mejorar la salud de la población. En el caso colombiano, la Ley 100 definió dos objetivos para el sistema general de seguridad social en salud: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención. Para el objetivo sobre acceso, la estrategia adoptada fue el aseguramiento y la meta para el año 2000

era que todo colombiano estuviera vinculado al sistema a través del régimen contributivo o del subsidiado, con la unificación progresiva de los planes de salud de ambos regímenes para que toda la población recibiera el plan obligatorio de salud (POS). El contenido de este plan sería inicialmente el que recibían los afiliados al seguro social —esto, para la población contributiva— y un plan con un valor equivalente al 50% para la población subsidiada. En adelante, los planes serían actualizados y unificados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

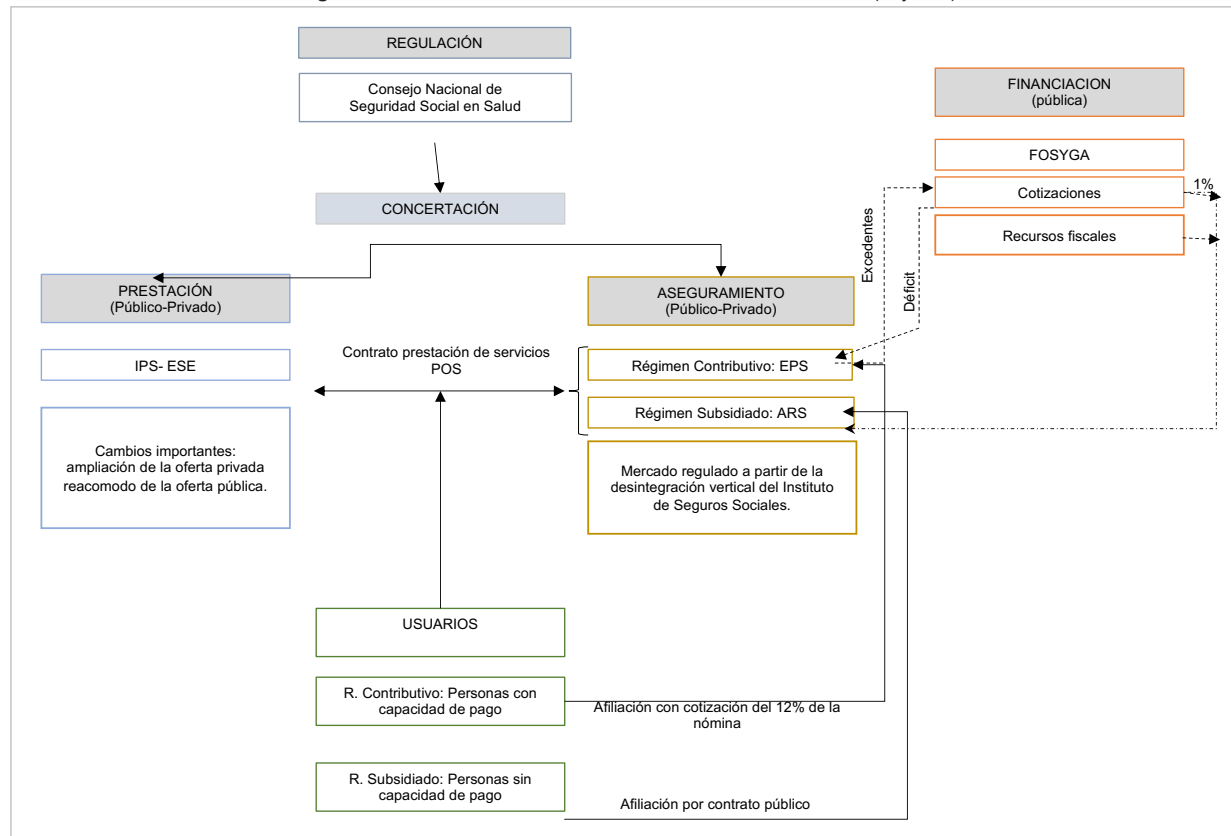
De este modo, con la Ley 100 se pretendía integrar a toda la población en un nuevo sistema de seguridad social con un plan de beneficios único, lo que significa un seguro público, solidario y obligatorio o, en términos económicos, un bien preferente o meritario. Aquí descansa la principal ambición de la política pública, pues en 1993 la seguridad social en salud apenas cubría a un 22% de la población y el resto buscaba acceder a la atención mediante la red de hospitales públicos y privados que conformaban el sistema nacional de salud, regido por la asistencia pública (9).

Siguiendo el esquema de Mills (11) y de la Organización Mundial de la Salud (12) respecto a la estructura del sistema, la cobertura universal podría obtenerse ejerciendo la función de dirección y regulación con parti-

cipación del CNSSS (13). Este organismo, conformado por catorce representantes de los actores del sistema, sería el encargado de definir las reglas para su operación, especialmente el contenido del POS y su pago mediante la denominada unidad de pago per cápita (UPC). En cuanto a la función de financiación, coherente con la adopción del seguro público, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) sería el encargado de la mancomunación de recursos y su asignación a las empresas promotoras de salud (EPS) para garantizar la atención de los afiliados. Los recursos provendrían de las cotizaciones de empleados y empleadores, las cuales pasaron del 7% al 12% del ingreso de cotización, del presupuesto de la nación y de las transferencias territoriales.

La nueva organización sectorial, que se muestra en la Figura 1, implicaba fortalecer la función de regulación y la financiación pública, buscando superar la fragmentación institucional y la segmentación de la población, que han caracterizado a los sistemas de salud de Latinoamérica. Manteniendo el monopolio estatal en la dirección y la financiación, el seguro social habría de desintegrarse para dar paso a dos tipos de agentes, que podrían participar en un ambiente de competencia. Se trata de las EPS, entidades nuevas que se encargarían del aseguramiento, y las IPS o prestadores de servicios.

Figura 1. Diseño del sistema de salud colombiano – Línea base (Ley 100)



Fuente: Basado en esquema de Anne Mills (11) y de OMS (12).

Para financiar la cobertura del seguro de salud, se establecieron en la Ley 100 mecanismos diferentes, según el régimen de afiliación. En el caso del régimen contributivo, con el que se esperaba cubrir a un 60% de la población, este habría de financiarse con el recaudo de las cotizaciones y se mantendría la solidaridad entre los afiliados, como en el esquema clásico de la seguridad social tipo Bismarck; además, el 8,33% del recaudo (uno de los doce puntos porcentuales de la cotización) sería un aporte de esta población para financiar el régimen subsidiado. Este régimen, por su parte, además del aporte de solidaridad de la población contributiva, sería financiado con un aporte igual del gobierno nacional (*pari passu* o peso a peso), una asignación del 25% de las transferencias territoriales, y una transformación progresiva de recursos que antes se dirigían directamente a los hospitales (subsidios a la oferta) para destinarlos a contratar el aseguramiento con las nuevas EPS (subsidios a la demanda).

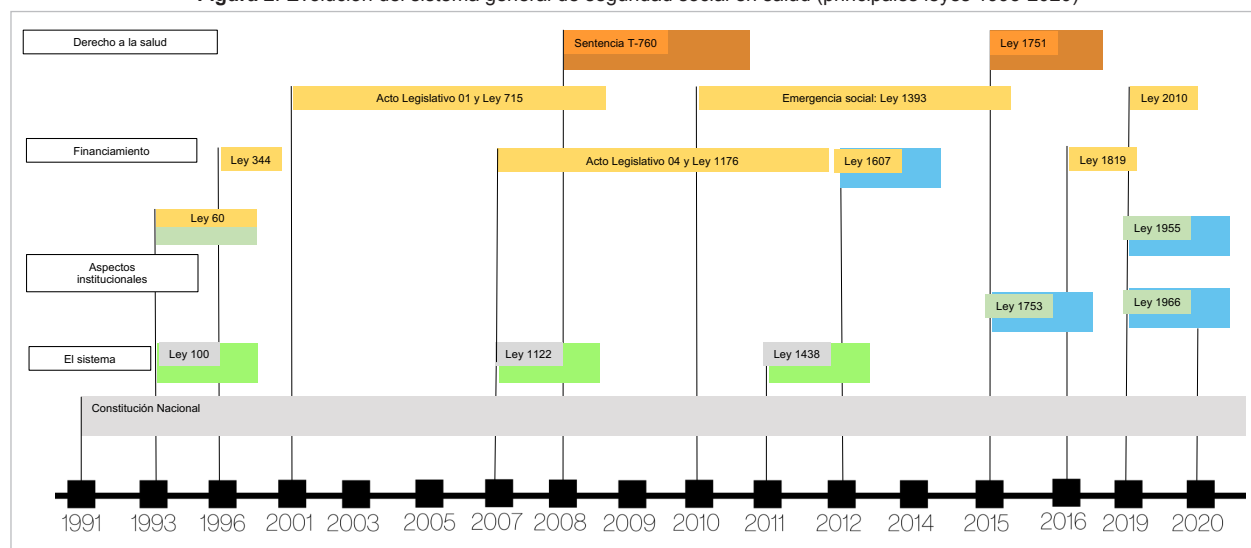
En este contexto de transformación institucional y financiera, el hospital público dejaría atrás su dependencia del sistema nacional de salud, en cabeza del

Ministerio de Salud, y se convertiría en un ente autónomo (Empresa Social del Estado —ESE—) con presupuesto propio, y habría de financiar sus gastos mediante la contratación de servicios con las EPS. Este proceso haría parte de la descentralización territorial, que se adelantó también como parte de los cambios en el marco de la nueva Constitución y que implicaría que los municipios asumirían competencias en el sector salud, de manera especial para el aseguramiento de la población del régimen subsidiado, la prestación de servicios del primer nivel de atención y la salud pública; todo ello, reglamentado mediante la Ley 60 de 1993.

2. Principales ajustes y cambios al sistema

A lo largo de estas tres décadas, el sistema de salud ha sido afectado mediante al menos dos actos legislativos y trece leyes, además del hito que representa la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional (Figura 2). A continuación, se presentan las principales normas sobre aspectos institucionales, financieros y del aseguramiento, partiendo de la línea base expuesta anteriormente.

Figura 2. Evolución del sistema general de seguridad social en salud (principales leyes 1993-2020)



Leyes que han procurado ajustes amplios en el sistema

Ley 1122 de 2007: Modificaciones al sistema

La Ley 1122 fue adoptada en el marco de un amplio debate nacional, que inició en 2003 con ocasión de los primeros diez años de la Ley 100, lo que había dado lugar a la presentación y discusión de varios proyectos de ley en los que se manifestaban intentos reformistas e inconformidades con el desempeño del sistema. Aunque solo cambiaron expresamente dos artículos de la Ley 100, referidos al financiamiento, y los acuerdos políticos subor-

dinaron el rigor técnico y jurídico, sin dejar muy claro lo que se buscaba con una visión de largo plazo, la Ley 1122 implicaría algunas modificaciones institucionales (14).

Lo más destacado de la Ley 1122, en cuanto toca el diseño del sistema, fue la creación de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), que supliría funciones del Consejo Nacional en cuanto a la definición de la UPC y del plan de beneficios. La CRES sería un organismo conformado por cinco miembros permanentes y dos ministros o viceministros, con una secretaría técnica y presupuesto propio, de manera que se buscaba darle

mayor autonomía para la regulación (15,16). Por su parte, el Consejo continuaría como organismo asesor o consultor de la Comisión y del Ministerio de Salud, y este último recibiría la competencia sobre la administración del Fosyga.

La Ley 1122 también creó el sistema de vigilancia y control, otorgando una jurisdicción especial a la Superintendencia Nacional de Salud, y abordó dos temas recurrentes en la legislación y en la discusión política, como ha sido el establecimiento de límites a la integración vertical, de manera que las EPS no presten servicios en su red propia con un valor superior al 30% del gasto en salud, y al mismo tiempo definió como obligación para las EPS del régimen subsidiado la contratación con hospitales públicos de al menos el 60% de la UPC.

En materia de salud pública y gestión de los hospitales públicos, la Ley 1122 estableció el Plan Nacional de Salud Pública como un instrumento articulado al Plan Nacional de Desarrollo, homologó el período de los gerentes de las ESE con el de los alcaldes y abrió la posibilidad para que varias de estas empresas públicas pudieran fusionarse.

En cuanto al financiamiento, la Ley 1122 aumentó en medio punto porcentual los aportes patronales para la seguridad social en salud, destinado al régimen subsidiado. En adelante, los trabajadores seguirían aportando 4% y los empleadores 8,5%, mientras los pensionados seguirían aportando el 12%. Al tiempo, se aumentaban los aportes de las empresas para el régimen subsidiado, los del Gobierno fueron fijados en un monto fijo, que apenas pudiera significar un 20% de los anteriores, con un crecimiento hacia delante de tan solo 1% anual. De este modo, se dejaba atrás el *pari passu* establecido en la Ley 100.

Por último, respecto al aseguramiento, la Ley 1122 precisó su alcance y el carácter de aseguradoras de las EPS. Se entendía por aseguramiento, entre otras funciones indelegables de las EPS, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud y la articulación de los servicios para un acceso efectivo y con calidad. Sobre la cobertura, que en 2006 ascendía al 82,7%, pero aún se mantenía la diferencia en los contenidos de los planes de beneficios, en esta ley se planteó la meta de afiliarse al régimen subsidiado al 100% de la población de los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén en los tres años siguientes.

Ley 1438 de 2011: ¿punto de inflexión en el sistema?

Manteniendo el debate sobre reforma, en 2011 se aprobó la Ley 1438 con la motivación expresa de reformar el sistema de seguridad social en salud. En este caso, se modificaron cinco artículos de la Ley 100 y se derogaron otros cinco, con cambios y promesas importantes que pueden dar a pensar en un cambio de rumbo del sistema y un mejor desempeño o, en últimas, conducir

a una reforma de mayor calado para configurar un nuevo sistema. De hecho, cabe la pregunta si varios de los temas que reglamenta esta ley, como lo relativo a salud pública, atención primaria en salud y redes integradas de servicios, armoniza o no con el sistema adoptado en la Ley 100 (17).

En los aspectos institucionales, esta ley pretendía fortalecer la salud pública y varios aspectos regulatorios, aunque al mismo tiempo pudo significar un debilitamiento de la gobernanza, en particular al eliminar el CNSSS. Se destaca la extensión del plan de salud pública para un período de diez años, el primero de los cuales fue adoptado para 2012-2021, la creación de la Comisión Intersectorial de Salud Pública y de un Observatorio Nacional de Salud. No obstante, la comisión, que estaría encargada de realizar seguimiento al plan, solo se reglamentó en 2014 mediante la conformación de una instancia gubernamental con la participación de doce entidades nacionales.

Para fortalecer la toma de decisiones en el sistema, especialmente lo que respecta a la adopción de nuevas tecnologías, la Ley 1438 autorizó la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), como una corporación mixta sin ánimo de lucro. Diez años después, el IETS está consolidada como la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y su modelo de organización puede ser un ejemplo para otros países de la región.

Con la Ley 1438 también se sentaron las bases para una nueva política farmacéutica nacional, expedida luego mediante Documento CONPES 155 de 2012, y se amplió el alcance a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Esta ley significó un impulso hacia la cobertura universal, en la medida en que buscaba facilitar el acceso mediante medidas como la portabilidad nacional del aseguramiento, la movilidad entre regímenes y la actualización y unificación del plan de beneficios. Para ese momento estaba afiliada un 90% de la población, pero todavía la cobertura de los dos regímenes era diferente y apenas se iniciaba su unificación.

En materia de financiamiento, se establecieron algunas medidas orientadas a seguir garantizando la cobertura del régimen subsidiado, así como a despejar algunos apoyos financieros para la atención primaria, la promoción y la prevención. De la misma manera, la ley liberó el uso de los recursos del FOSYGA, especialmente el aporte del régimen contributivo para el subsidiado, y dio lugar a cierta formación de unidad de caja. También fortaleció la figura del giro directo, que ya había establecido la Ley 1122, de modo que el Fosyga pagara directamente a los prestadores y descontara estos pagos de la UPC que debía girar a las EPS.

Normas con cambios en el financiamiento T2

Ley 344: Ajuste fiscal

En el marco de las debilidades fiscales y económicas del país, que caracterizaron la segunda mitad de la década de 1990 y tuvieron su máxima expresión con la crisis de 1998-1999, fue recurrente el aplazamiento o los intentos por no cumplir la norma del *pari passu* para financiar el régimen subsidiado (18). De modo que ante la promesa de realizar aportes del Gobierno iguales a los de los cotizantes, mediante esta ley se quiso bajar el compromiso a un 50% en 1997 y al menos al 25% a partir de 1998. Además, en la Ley 344 se establecía un cronograma para la transformación de recursos de oferta a demanda para las entidades territoriales.

Acto Legislativo 01 y Ley 715 de 2001: ajustes a la descentralización

Producto de la crisis de 1998-1999 se realizó un primer ajuste a la descentralización mediante reforma constitucional y la expedición de la Ley 715, que modificó la Ley 60 en cuanto a competencias y recursos de las entidades territoriales. De esta manera, el conjunto de las transferencias crecería a un menor ritmo al que se había trazado con la Constitución, aunque se aseguraba que el 24,5% de ellas estaría destinado a salud.

Acto Legislativo 04 y Ley 1176 de 2007: más ajustes a la descentralización

En el marco de mejores perspectivas económicas, y como era necesario revisar el esquema de las transferencias según el anterior Acto Legislativo, en 2007 se fijaron nuevas fórmulas para el crecimiento de estas, atado a la inflación y al crecimiento económico, mantiene la destinación del 24,5% para salud.

Ley 1393 de 2010: más recursos para financiar el régimen subsidiado

En el marco de una situación financiera muy difícil y con una afiliación cercana al 90%, el Gobierno nacional decretó en 2009 una emergencia social para allegar más recursos y limitarlos especialmente para las atenciones no incluidas en el POS (19). Aunque este estado de excepción fue declarado inconstitucional por la Corte Constitucional, se mantuvo una medida fiscal que habría de ser acogida mediante la Ley 1393, especialmente para aumentar los recursos para el régimen subsidiado. Mediante esta ley se estableció que del 48% del impuesto a las cervezas, ocho puntos porcentuales se destinaran a financiar la universalización del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios. Además, se aumentó de la tarifa del impuesto sobre las ventas a la cerveza y a los juegos de suerte y azar; el impuesto al consumo de

cigarrillos y tabaco; y el impuesto al consumo de licores, vinos, aperitivos y similares.

Ley 1607 de 2012: sustitución parcial de cotización por impuestos generales

Un cambio fundamental en la financiación del sistema, con implicaciones políticas importantes, ha sido la sustitución parcial de la cotización por impuestos generales establecida en la Ley 1607. Esta ley estableció que a partir de 2014 las empresas objeto del impuesto a la renta no pagarían más el 8,5% de cotización para los trabajadores que devenguen hasta 10 salarios mínimos, que son la gran mayoría. En igual sentido se eliminaron los aportes para el SENA y el ICBF, y a cambio se dio lugar al denominado impuesto sobre la renta para la equidad (CREE), equivalente a un 8% de la renta de las empresas. De estos ocho puntos porcentuales, 4,4 se destinarían al sistema de salud; 2,2, al ICBF; y 1,4, al SENA. Este ha sido un paso similar aunque incompleto al camino que han seguido países como España y Brasil, al sustituir la cotización ante las perspectivas del mercado laboral (20). Con el cambio introducido en Colombia, la financiación vía impuestos significó la reducción de cerca de un tercio en las cotizaciones, lo que debe ser suplido por impuestos.

Ley 1819 de 2016: Reforma Tributaria. IVA y otros recursos para garantizar la cobertura

Esta ley otorgó al sistema 0,5 puntos porcentuales del recaudo del IVA, lo que busca mantener el equilibrio financiero; adicionalmente, aumentó el impuesto al consumo de cigarrillo y tabaco destinado también para el aseguramiento.

Ley 2010 de 2019: Reforma Tributaria. Reducción de aportes a los pensionados

Una nueva reforma tributaria modificó los aportes de los pensionados para salud, que desde la Ley 100 ascendían al 12% de la pensión. Siguiendo la lógica de la sustitución de cotizaciones por impuestos, en este caso se estableció que para las pensiones equivalentes a un salario mínimo el aporte bajaría al 8% en 2020 y 2021, y al 4% a partir de 2022; así, quedó igual al aporte de los trabajadores. Por su parte, para las pensiones entre 1 y 2 salarios mínimos, el aporte seguiría en el 10% a partir de 2020.

Normas con cambios en aspectos institucionales

Ley 1753 de 2015: Ajustes institucionales en el plan de desarrollo 2014-2018

La transformación institucional más importante, adoptada mediante la Ley del Plan del Desarrollo del período 2014-2018, se refiere a la creación de la entidad administradora de los recursos del sistema (ADRES). La ADRES

es una entidad que reemplaza al FOSYGA y goza de personería jurídica y autonomía administrativa y patrimonial, con una junta directiva de la que hacen parte representantes del presidente, un gobernador y un alcalde del país. Se busca así fortalecer la función de financiamiento, con la estrategia del fondo único nacional, superando la experiencia del FOSYGA, que operaba como un consorcio fiduciario y no reunía todos los recursos del sistema.

Además, a partir de esta ley se desarrolló una política de atención integral en salud, que se ve reflejada en las rutas de atención como respuesta a la problemática del acceso. También se refuerza una negociación centralizada en medicamentos, equipos y dispositivos, y se establece la evaluación de registros sanitarios del IETS como parte de los aspectos que se deben tener en cuenta para la incorporación de tecnologías al país.

Ley 1955 de 2019: ajustes institucionales en el plan de desarrollo 2018-2022

En el plan de desarrollo para el período 2018-2022 también se buscó introducir algunos ajustes institucionales al sistema de salud. Se destaca el cambio en la obligación de garantizar las prestaciones no incluidas en el plan de beneficios para el régimen subsidiado, que correspondía a los departamentos, y se trasladó a la nación en cabeza de la ADRES. Además, se establece un organismo para continuar financiando las prestaciones no cubiertas en el plan de beneficios, los presupuestos máximos, procurando contener el incremento de los recobros.

El desarrollo normativo del derecho a la salud

Sentencia T-760 de 2008:

La Corte Constitucional expidió en 2008 una sentencia que habría de marcar un hito en el desarrollo del sistema de salud: desde entonces, el derecho a la salud fue reconocido como un derecho fundamental autónomo. En su análisis, a partir de las tutelas interpuestas por los ciudadanos para reclamar el goce del derecho, la Corte emitió órdenes a varias instancias del Estado y entre ellas se destaca la definición de un cronograma para alcanzar la cobertura universal (21).

Ley 1751 de 2015: Ley estatutaria de Salud. Regulación del derecho fundamental a la salud.

En desarrollo de la Sentencia T-760 y en el marco de una nueva discusión nacional sobre reforma, en 2015 se adoptó la Ley Estatutaria de Salud para regular el derecho fundamental a la salud (22). Entre los temas incluidos en la Ley Estatutaria se resalta la redefinición del plan beneficios, que dejaría de llamarse POS para dar paso a un Plan Integral de Salud, ya no basado en una lista explícita de inclusiones sino en una lista de exclusiones. Un

segundo tema, consistente con esfuerzos anteriores que reconocen dificultades en el acceso a los servicios de salud, se refiere a brindar mejores garantías para el acceso, como en lo que se refiere a la atención de urgencias en sentido integral y no limitada únicamente a la atención inicial.

Un tercer aspecto que trae la Ley Estatutaria se refiere al posicionamiento del derecho a la salud en la agenda de las políticas públicas, tanto desde las perspectivas de la academia como del propio Gobierno, de modo que establece una serie de obligaciones para tener un sistema de indicadores sobre el goce efectivo del derecho a la salud. Un cuarto tema muy importante ha sido ordenar una política farmacéutica que considere la regulación de precios de medicamentos, de manera que se eleva a categoría de política de Estado lo que se había iniciado con el Documento CONPES 155 de 2012.

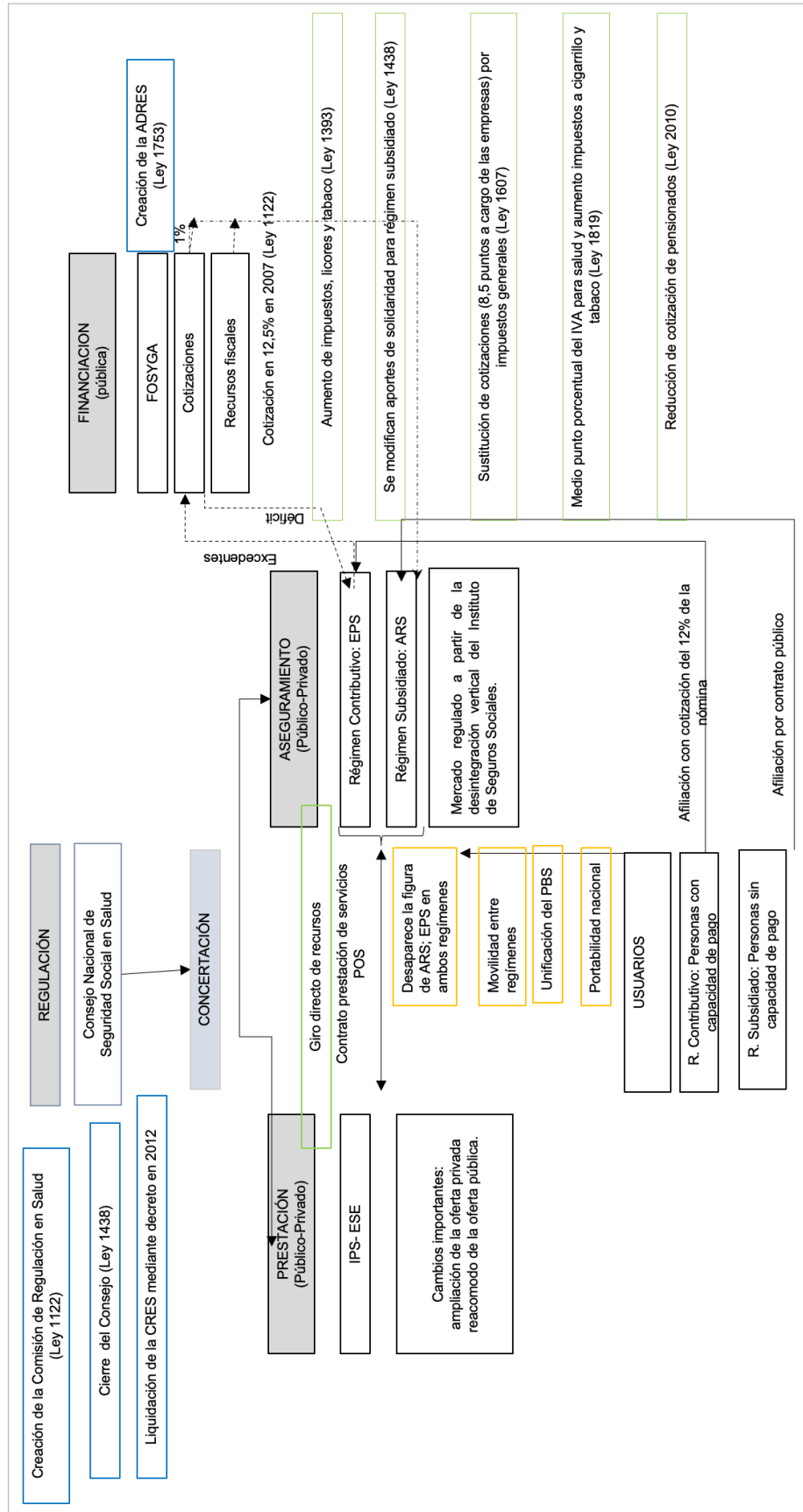
Otros temas a que da lugar la Ley Estatutaria (23): el ejercicio de la autonomía profesional, que guarda relación con la adopción del plan implícito y las garantías del acceso, y que se plantea sea ejercida a partir de cuatro criterios —autorregulación, ética, racionalidad, evidencia científica—, la enunciación de un amplio conjunto de deberes y derechos y la referencia a los determinantes sociales de la salud como parte de la acción estatal, así se aclare que tales determinantes no son objeto de atención por parte del sistema de salud.

4. Discusión y conclusiones: ¿Qué tanto ha cambiado el sistema de salud?

La evolución del sistema de salud colombiano, luego de 28 años de haber sido adoptado mediante la Ley 100 de 1993 (Figura 3), enseña en primer lugar que el aseguramiento se ha mantenido intacto como estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud, uno de los dos objetivos centrales definidos en la ley. Aunque durante este tiempo se han producido períodos de estancamiento, especialmente durante la década de 2000, dicha estrategia se ha fortalecido y el país prácticamente alcanzó la cobertura universal en la afiliación (24). Se destaca el impulso logrado a partir de la Ley 1438 de 2011, los recursos asignados mediante varias leyes y el cumplimiento de los gobiernos para mantener los costos del aseguramiento, a lo que se suman logros importantes para garantizar el derecho a la salud, como son la unificación de los planes de beneficios, la portabilidad nacional de la afiliación y la movilidad entre regímenes.

Los avances que ha presentado el sistema de salud se enfrentan al reto de dar cumplimiento a la Ley Estatutaria de Salud, a propósito del goce del derecho a la salud, de modo que precisamente dicha ley sea la guía y marco de actuación para las políticas de salud e incluso para orientar la reforma del sistema (25). De hecho, un asunto

Figura 3. Diseño del sistema de salud. Línea base y cambios al año 2020



Fuente: Basado en esquema de Anne Millis (11) y de OMS (12) y en las leyes que modifican el sistema de salud colombiano. Nota: Se ilustran los principales cambios del sistema de salud. Resaltado en color azul los aspectos institucionales, en verde lo relativo al financiamiento, y en naranja los de aseguramiento.

a resolver es si la Ley 100 puede mantenerse vigente a la luz de la Ley Estatutaria, y si es necesaria una nueva ley que modifique el sistema para armonizarlo con esta. Al mismo tiempo, a pesar de varios intentos, es preciso darle más fuerza a la salud pública y la articulación entre esta función y el aseguramiento.

Coherente con los avances en el aseguramiento, el financiamiento público se ha fortalecido y ha presentado las mayores modificaciones, lo que ha llevado a un nuevo equilibrio en las fuentes de recursos, con una menor participación de las cotizaciones y un mayor aporte de los impuestos generales y específicos. El gasto en salud ha crecido como proporción del producto interno bruto (PIB) desde niveles inferiores al 6%, antes de la reforma, hasta el 7,2%, destacándose la nueva composición público-privada (75% y 25%), y el menor gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud, con menos del 20%. En cuanto a la composición de fuentes, la cotización significaba algo más del 50% del financiamiento del sistema en el año 2010 y es cercana el 40%, mientras los impuestos generales habrían pasado del 2% al 36%. Esto constituye un nuevo contrato social, una nueva modificación sustancial al sistema, de manera que pudiera avanzarse hacia uno que no siga la lógica del aseguramiento, centrado en la relación de trabajo, sino hacia un sistema nacional financiado por presupuestos generales.

Ahora bien, dados los cambios presentados, la sustitución de las cotizaciones por impuestos se quedó a mitad de camino, pues no cubre todas las modalidades de afiliación, y, en el caso de los pensionados, el cambio reciente de reducir los aportes solamente para las pensiones equivalentes a uno y dos salarios mínimos puede implicar una inequidad vertical. Es necesario ordenar la recaudación en este aspecto, para lo cual el país podría mantener una cotización ciudadana y progresiva, desde el 4% hasta un 6% del ingreso, y terminar la sustitución de fuentes para los empleadores, de modo que se continúe por la senda de una mayor participación de los impuestos.

En cuanto al diseño institucional, el sistema ha tenido ganancias, pero también pérdidas. Entre las ganancias se encuentran la creación del IETS y de la ADRES, junto con la Comisión Intersectorial de Salud Pública, la adopción de instrumentos como el Plan Decenal de Salud Pública y el fortalecimiento de la regulación, en particular, de precios de medicamentos. En cambio, la fallida Comisión de Regulación y la desaparición del Consejo Nacional han implicado pérdidas para el sistema que se expresan en un debilitamiento de la gobernanza. En este aspecto, el sistema requiere una reingeniería para fortalecer la rectoría y gobernanza, lo cual puede comenzar por crear

un Consejo Nacional de salud y darle operatividad a la comisión intersectorial.

Esta mirada sobre la evolución institucional del sistema de salud apenas ofrece una vista panorámica sobre los aspectos fundamentales de la ingeniería del sistema. Cada materia o cambio normativo pueden ser abordados en forma más detallada y profunda, indagando por su efectividad en cuanto a cambios cualitativos en el sistema a la contribución al cumplimiento de sus objetivos. Es importante además tener en cuenta para la discusión los intentos de reforma que se han dado en los últimos años y que no han prosperado en el Congreso de la República, especialmente en 2003 y 2021, como indicios de las inconformidades con el sistema de salud que no logran ser resueltas ♦

REFERENCIAS

1. Ocampo JA. Reforma del Estado y desarrollo económico y social en Colombia. Anal. Político [Internet]. 1992 [cited 2021 Aug 5]; 17:5-40. <https://bit.ly/3PSsWrZ>.
2. De Roux CV, Ramírez JC. Derechos económicos, sociales y culturales, economía y democracia. Serie Estudios y Perspectivas, CEPAL, Bogotá; 2004.
3. Williamson J. What Washington Means by Policy Reform. In: Williamson J (ed.). Latin American Adjustment: ¿How Much Has Happened? Washington: Institute for International Economics; 1990.
4. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud. Washington; 1993.
5. Restrepo J. El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir? In: Ramírez, B (coord.). La seguridad social: reformas y retos. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Económicas; 1999.
6. Giedion U, Cañón O. Colombia: el Plan Obligatorio de Salud. In: Giedion U, Bitrán R, Tristao I. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo; 2014.
7. Knaut FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, et al. Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. Salud Pública Mex [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 4]; 53 supl 2:S85-S95. <https://bit.ly/3NqnqLH>.
8. Jaramillo MC, Chernichovsky D. Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. Estudios Gerenciales. 2015; 31(134). <https://bit.ly/3t5hl9N>.
9. Restrepo JH. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? Gerencia y Políticas de Salud. 2004; 3(6):7-34.
10. Morales LG. El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
11. Mills A. Health systems in low -and middle- income countries. In: The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press, 2011.
12. World Health Organization (who). 2000. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance, Washington.
13. Restrepo JH, Rodríguez S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Revista de Economía Institucional [Internet]. 2005 [cited 2021 Aug 4]; 7(12):165-90. <https://bit.ly/3NJ107U>.
14. Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007;25(1):82-9. <https://bit.ly/390tiYA>.
15. Rodríguez S. El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Revista de Economía Institucional. 2007 [cited 2021 Aug 4]; 9(16):223-53. <https://bit.ly/3NRBIET>.

16. Grupo de Economía de la Salud, GES. La regulación en el sistema de salud colombiano. Observatorio de la Seguridad Social. 2002;6:1-9.
17. Franco A. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. Rev. Salud Pública (Bogotá). 2012; 14(5):865-77. <https://bit.ly/3mbNwWp>.
18. Restrepo JH, Sánchez L. Lo que queda del pari-passu en la financiación del régimen subsidiado. Periódico El Pulso [Internet]. 2007 [cited 2021 Aug 4];(104). <https://bit.ly/3m6Lbw8>.
19. Peñaloza E. Economía política de la emergencia social: las negociaciones políticas de los decretos. Rev. Gerenc. Polit. Salud [Internet]. 2010 [cited 2021 Aug 6]; 9(18): suppl. 1:61-69. <https://bit.ly/3txCe3d>.
20. Osorio LM. Reforma tributaria e informalidad laboral en Colombia: Un análisis de equilibrio general dinámico y estocástico. Ensayos sobre Política Económica [Internet]. 2016; 34(80):126-45. <https://doi.org/10.1016/j.espe.2016.03.005>.
21. Restrepo JH, Casas LP, Espinal J. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? Rev. Salud. Publica. 2018; 20(6):670-76. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>.
22. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Publica Mex [Internet]. 2015 [cited 2021 Aug 21]; 57(5):433-40. <https://bit.ly/3xaBPpe>.
23. Grupo de Economía de la Salud, GES. Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos. Observatorio de la Seguridad Social. 2002; 18:1-11.
24. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Ciência & Saúde Coletiva 2011; 16(6):2817-28. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
25. Mendieta D, Jaramillo CE. El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Revista Latinoamericana de Derecho Social. 2019; (29):201-18. <https://doi.org/10.22201/ij.24487899e.2019.29.13905>.