

15 AÑOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANO

Académico Dr. José Félix Patiño Restrepo, FACS (Hon)*

(Documento modificado de la presentación ante el "1^{er} Congreso Internacional Medicina y Salud", Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, abril 23-24 de 2009)

La Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia desarrolla un análisis continuo y un estudio permanente de la profunda reforma de la seguridad social en salud de corte neoliberal que implantó la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 mediante la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).(1,2)

La reforma produjo una honda crisis en el sector y dio como resultado la privatización del sistema de salud, la desaparición del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y una posición dominante oligopólica de las corporaciones intermediarias aseguradoras con efectos muy negativos sobre la medicina como profesión y como ciencia.

Aunque motivo de controversia según quien informa, los indicadores de salud pública no mejoraron, y algunos se han deteriorado. Las tasas de mortalidad por SIDA siguen aumentando; el índice anual parasitario de malaria asciende. Tenemos ahora problema con enfermedades reemergentes. Los indicadores de salud materna, las tasas de complicaciones perinatales no muestran cambios significativos durante los últimos años; la tasa de embarazo en adolescentes

es muy alta. Los programas de vacunación, que en una época dieron a Colombia una posición destacada en el continente, se deterioraron, y solo hasta ahora comienzan a repuntar.

Sin embargo, algunos informes sí muestran mejoría en los indicadores de salud, tales como mortalidad materna, mortalidad infantil o mortalidad por enfermedad diarreica aguda; la tasa de mortalidad por tuberculosis no muestra mejoría significativa.(3)

Hace 15 años, se creó la Ley 100 de 1993 que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de lograr en una década aseguramiento universal para la cobertura en salud de todos los ciudadanos. Aunque la meta de aseguramiento y cobertura total en el año 2003 no se cumplió, el SGSSS sí ha incrementado en forma importante el aseguramiento en salud: la cobertura aumentó 27 puntos porcentuales, pasando de 56% en 2000 a 83,2% en 2006.(4) Sin embargo, debe anotarse que la cobertura es inequitativa y que el Plan Obligatorio de Salud (POS) del Régimen Subsidiado es inferior al POS del Régimen Contributivo, o sea que el aseguramiento mide la cobertura del sistema, más no

* Exministro de Salud, República de Colombia; Exrector, Universidad Nacional de Colombia; Jefe Honorario de Cirugía, Fundación Santa Fe de Bogotá; Expresidente y Coordinador de la Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia; Profesor Honorario, Universidad Nacional de Colombia; Profesor Titular, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia.

el acceso a iguales servicios de salud.(5) En el año 2004 se impulsó la cobertura mediante un programa de subsidios a las personas más necesitadas, pero de nuevo con un POS muy inferior al POS del Régimen Contributivo y aun al del Régimen Subsidiado. Cabe preguntar si esto es verdadera cobertura. Por fortuna una sentencia reciente de la Corte Constitucional (T-760/08) obliga a que el POS sea igual para todos los ciudadanos de Colombia.

El SGSSS está sustentado en dos regímenes fundamentales: el **Régimen Contributivo**, para aquellas personas que poseen la capacidad económica de hacer aportes a la seguridad social a través de su trabajo o de ingresos independientes, y el **Régimen Subsidiado**, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiar el seguro que cubra el **Plan Obligatorio de Salud (POS)**.

La dirección del SGSSS reposa en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. L.A. Tafur, de la Universidad del Valle (Cali, Colombia) se refiere a una reciente reforma a la Ley 100 de 1993: "crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y le asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesoramiento y consultoría que lo hacen inoperante. Esta decisión concentra el poder en el ejecutivo al ser el Presidente de la República quien nombra a los comisionados y hace desaparecer la participación social e institucional. Es positiva la creación de la figura del Defensor del Paciente, aunque no se comparte su sujeción de la Superintendencia Nacional de Salud."(6)

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del SGSSS. La UPC es el valor que el SGSSS reconoce a la EPS (Entidad Promotora de Salud) por cada afiliado (*per capita*). La UPC es, entonces, el valor del aseguramiento por cada individuo que le otorga el derecho a recibir la atención en salud dentro de los límites del POS correspondiente. Se supone que sea independiente de su capacidad económica y de su aporte al sistema; pero como hay un POS para el Régimen Contributivo, uno menor para el Régimen Subsidiado, uno todavía menor para los "vinculados" y uno

aún menor para los que reciben subsidio, el SGSSS colombiano resulta terriblemente inequitativo.

En el Régimen Contributivo, el valor de la UPC en 2008 fue Col\$430.488,00, que equivale a unos US\$187. En el Régimen Subsidiado el valor de la UPC fue muy inferior, Col\$242.370.00, que equivale a unos US\$105.

Aquellas personas que no están afiliadas al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado quedan dentro del Sistema como "Vinculados". Y una gran masa de población, formada principalmente por los desplazados por la violencia, cerca de 4 millones de personas en estimación de las Naciones Unidas, reciben subsidios del Estado para fines de cubrimiento en salud. El valor anual del subsidio parcial equivale al 42% de la UPC vigente en el Régimen Subsidiado para las ciudades de Bogotá, Cali y Medellín y al 39,5% para los demás municipios. El servicio que se puede prestar a esta gran masa de población es muy limitado, por razón del mínimo POS correspondiente. En realidad ya no es verdadera cobertura, pero sí aparecen como cobertura en las cifras que presentan los organismos gubernamentales.

Así las cosas, la inequidad del SGSSS de Colombia es evidente: el plan de salud para los más pudientes (Régimen Contributivo) es muy aceptable, pero no lo es para los del Régimen Subsidiado, y muchísimo menos para los "vinculados" o los que están "cubiertos" por subsidios.

La Academia Nacional de Medicina de Colombia ha expresado que los principios en que se fundamenta la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 son buenos porque corresponden a una concepción moderna de justicia y seguridad social integral. La adecuada ejecución de la ley debería constituir una verdadera reforma de aseguramiento universal independiente de la capacidad económica de las personas y un comprensivo plan de beneficios, igual para todos los ciudadanos. La reforma dice respetar la autonomía de los afiliados, a los cuales, en teoría, les confiere la capacidad de escoger, opinar e influir sobre el sistema de salud, en vez de ser sujeto pasivo de recepción de

servicios; sin embargo, en la práctica las entidades aseguradoras imponen listas obligatorias y restringidas de profesionales y de instituciones prestadoras de servicios a los usuarios. Al abrir el “mercado de la salud”, la reforma debería estimular la asimilación y la inserción social del enorme avance científico y tecnológico de la medicina. Se basa en un modelo de cobertura universal y de competitividad derivada de la libre escogencia por un usuario consciente de la calidad y de los costos. El modelo se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente. Es la hipótesis de la competencia regulada.

La ley ha significado un importante crecimiento de los recursos disponibles para el sistema. Pero, paradójicamente, la reforma, que abriría un vasto panorama de equidad social, ha llevado al consumo de los nuevos y cuantiosos recursos por un costoso mecanismo de intermediación y por utilidades corporativas, lo cual contribuye en forma significativa a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, en especial los hospitales públicos. Así mismo, la ejecución de la reforma, al crear serios peligros en cuanto a calidad, en última instancia viene a ser una riesgosa reconceptualización de la moral social.

La ejecución de la reforma ha desplazado el imperativo hipocrático basado en el arte, concebido como humanismo; la ciencia, entendida como avance y ordenación del conocimiento; la tecnología, percibida como instrumentación, y el profesionalismo, comprendido como autonomía intelectual y capacidad de autorregulación en un marco ético de deontología social, por una argumentación económica que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercadeo, y que convierte al médico en un operario medianamente calificado para el cumplimiento de una jornada laboral. En esencia, es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias. Esta nueva interpretación económica es la negación del humanismo en una de sus expresiones más puras, cual es el ejercicio de curar y velar por la salud mediante

el profesionalismo médico. Al tiempo que la reforma debería brindar oportunidades, ha significado grandes peligros de perjuicio social. El principal de ellos es el deterioro de la calidad de la atención por causa de las barreras que imponen las entidades intermediarias, precisamente en momentos en que la calidad debe ser óptima, en pleno auge de la sociedad del conocimiento y cuando las instituciones prestadoras de servicios han hecho enormes esfuerzos por modernizar su tecnología y adecuar sus estructuras para mayor beneficio comunitario.

La reforma inducida por la Ley 100 convierte al paciente, ser humano con dimensiones individuales de espiritualidad y de funcionamiento orgánico, en usuario, concebido ahora como cliente y consumidor de un producto industrial. Es la corporatización y la comercialización del acto médico, cuya administración ha sido delegada en empresas intermediarias que ahora conforman una nueva y poderosa industria, la industria de la salud.

Colombia es un país social de derecho, donde la Constitución reconoce la atención de la salud como derecho fundamental. Con la reforma, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernación política, y el concepto del rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida “ética corporativa”, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal.

La Academia Nacional de Medicina percibe que en el aspecto teórico de la competitividad controlada, el elemento de vigilancia y control, a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, ha sido casi inexistente y contrasta, por ejemplo, con los rígidos controles vigentes en la administración del régimen de pensiones o en el sector bancario.

En lo estructural, a los 15 años de expedida la Ley 100, se anota un serio defecto, como es la sorprendente ausencia de un sistema de información

y de registro único, pilar fundamental en cualquier programa de salud. En el aspecto operativo, la Academia considera especialmente inconveniente la intermediación con ánimo de lucro.

La Academia ha llegado a estas conclusiones:

1. En la implementación de la Ley no se tuvieron en cuenta las notables diferencias en los niveles de desarrollo regional de Colombia.
2. No hay mecanismos efectivos de control: la Superintendencia Nacional de Salud no posee los recursos ni la estructura necesarios para el cumplimiento de su labor.
3. No existe infraestructura de información segura y confiable: todavía no hay un registro único de afiliados. No existe, a los 15 años de promulgada la Ley 100 de 1993, un sistema de información en el SGSSS de Colombia.
4. Se observa incapacidad administrativa y falta de seguimiento y control en el sistema, concomitante con falta de educación del usuario.
5. Se implantó la figura del intermediario/asegurador con fines de lucro, convirtiendo la salud en un bien de mercado.
6. Por falta de suficiente vigilancia y control, se ha establecido la posición dominante y abusiva de la intermediación con perjuicio de los prestadores de servicios, tanto instituciones como personas.
7. Los derechos del usuario han sido definidos en cuanto a su relación con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS, o sea los hospitales), y los médicos (por iniciativa de estos), pero no en cuanto a su relación con el intermediario/asegurador.
8. Paradójicamente, se incrementaron los recursos del sector en forma significativa, pero hoy se observa una honda crisis financiera en el sistema.
9. La ejecución de la Ley ha conducido a un deterioro en la calidad de la prestación de los servicios de salud. No existen acciones orientadas al fortalecimiento del profesionalismo y del capital intelectual del sistema, con el consiguiente detrimento del acto médico.
10. El SGSSS de Colombia no ha hecho inversión en capital intelectual: no se han establecido pro-

gramas formales de capacitación, no se hacen aportes para investigación, ni para bibliotecas ni para informática. Por el contrario, las empresas intermediarias consideran la educación médica como algo indeseable.

11. En cuanto a los recursos destinados al sistema se encuentra:
 - Un buen porcentaje es consumido por la burocracia administrativa y las utilidades de la intermediación.
 - Los recursos no fluyen en forma rápida y eficiente debido a las múltiples instancias interpuestas en el sistema que incrementan las trabas de tipo administrativo y las oportunidades de corrupción.
 - Por la inexistencia de un sistema de información, se hacen, tal vez enormes, pagos indebidos por afiliación duplicada, y en ocasiones múltiple, dentro del SGSSS.
 - Se registra importante incremento del patrimonio de varias empresas intermediarias sin que haya habido capitalización, lo cual indica utilización para otros fines de los fondos destinados a la atención.
 - El incremento de capital de las empresas intermediarias se refleja en la construcción o adquisición de clínicas y hospitales que pasan a conformar redes propias de prestación de servicios, la denominada "integración vertical."
 - Se fortalece cada día la posición dominante de las empresas intermediarias, que imponen tarifas a los hospitales y a los profesionales de la salud y plantean exigencias tan absurdas como consultas médicas de 15 minutos, obstáculos a las órdenes de laboratorio e imágenes diagnósticas y a la referencia a especialistas, todo lo cual lleva a un ominoso proceso de desprofesionalización de la medicina.
 - A esto se suman las glosas de las cuentas por servicios prestados por las IPS (los hospitales), el pago retrasado y el no reconocimiento de intereses de mora, la "cultura del no pago" que reina en el Sistema.
 - El incremento en el número de tutelas lo cual indica el defectuoso funcionamiento

del SGSSS. Tutela es el acto de entablar una demanda para reclamar el derecho fundamental a la atención de la salud que establece la Constitución colombiana.

Entre las muchas recomendaciones que ha hecho la Academia Nacional de Medicina, están las siguientes:

- Crear un excelente, confiable y ágil sistema de información, con un registro único de afiliados al SGSSS.
- Establecer mecanismos orientados al fortalecimiento de la medicina como profesión y como ciencia, salvaguardando la autonomía del acto médico y creando instrumentos que aseguren el crecimiento y la actualización del conocimiento biomédico con programas y actividades de capacitación e información que garanticen la continuada idoneidad profesional. Se recomienda establecer la recertificación profesional periódica mediante la acumulación de créditos por educación y capacitación.
- Crear un Fondo de Educación Médica de Posgrado e Investigación, sin interferencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y demás empresas intermediarias, para salvaguardar e incrementar el conocimiento biomédico.
- Establecer el soporte de documentación científica para la toma de decisiones con base en la evidencia objetiva. Esto significa la estructuración de un sólido sistema de documentación bibliográfica e informática biomédica, basado en centros de documentación y de consulta fácilmente asequibles.
- Considerar la viabilidad de convertir las empresas intermediarias en entidades sin ánimo de lucro.
- Fortalecer los mecanismos de control y fiscalización del Ministerio y las Secretarías de Salud y fortalecer integralmente la Superintendencia Nacional de Salud, la cual debe quedar adscrita a la Presidencia de la República y no al Ministerio de la Protección Social, como lo es actualmente.
- Retornar al Ministerio y a las Secretarías de Salud los recursos y las acciones de salud pública, promoción, prevención y vigilancia epidemiológica, sustrayéndolas de los planes obligatorios de salud.
- Establecer un mecanismo unificado, único, de facturación y de presentación de cuentas a los entes intermediarios.
- Elaborar un reglamento administrativo único que integre, facilite y agilice la profusa y compleja normatización existente.
- Implementar la Sentencia de la Corte Constitucional para igualar el POS para todos los ciudadanos.
- Restablecer el Ministerio de Salud, que en una época fue modelo de idoneidad técnica y científica.
- Fortalecer el Instituto Nacional de Salud, entidad emblemática de Colombia, el cual está a punto de desaparecer.

En conclusión, el SGSSS de Colombia tiene propósitos loables, y con mejor control y vigilancia por parte del Estado, el acatamiento a la sentencia de la Corte Constitucional para hacerlo equitativo, la abolición de la posición dominante de la intermediación, el respeto por la medicina como profesión y como ciencia -cuya idoneidad es lo único que garantiza calidad- y, ojalá, la conversión del aseguramiento con propósito comercial a aseguramiento con propósito social, puede ser un modelo que efectivamente sirva al país y que podría ser reproducido en otras naciones.

Bibliografía

1. Patiño Restrepo JF y Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia. "*Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud*". Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia. Bogotá, 1999.
2. Patiño Restrepo JF y Comisión de Salud, Academia Nacional de Medicina de Colombia. "*Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Parte II*". Academia Nacional de Medicina de Colombia. Bogotá, 2002.
3. Así Vamos en Salud. Accesible en: www.asivamosensalud.org
4. Contraloría General de la República. Desafíos del Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia.

José Félix Patiño Restrepo

Informe Social 2007. Bogotá, 2007 Accesible en: www.contraloriagen.gov.co

5. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico Facultad de Economía de la Universidad de los Andes, CE Flórez, VE Soto. Facultad de Economía

del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, OL Acosta, C Karl y col. Fundación Corona, Bogotá, 2007.

6. Tafur LA. Controversia a la reforma de la Ley 100 de 1993, Ley 1122 de enero de 2007. Colombia Médica, ISSN 1657-9534 versión *on line*, 2007. Accesible en: colombiamedica.univalle.edu.co/Vol38No2