

January 2006

El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la implementación de la Ley 100 de 1993 a la fecha (una opinión libre)

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa

Universidad de La Salle, Bogotá, revistasaludvisual@lasalle.edu.co

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/svo>



Part of the [Eye Diseases Commons](#), [Optometry Commons](#), [Other Analytical, Diagnostic and Therapeutic Techniques and Equipment Commons](#), and the [Vision Science Commons](#)

Citación recomendada

Jiménez Barbosa WG. El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la implementación de la Ley 100 de 1993 a la fecha (una opinión libre). *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.* 2006;(6): 39-45.

This Artículo de Revisión is brought to you for free and open access by the Revistas científicas at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular* by an authorized editor of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

REVISIÓN EN LEGISLACIÓN

El desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde la implementación de la Ley 100 de 1993 a la fecha (una opinión libre)

Wilson Giovanni Jiménez Barbosa*

RESUMEN

El presente artículo busca adelantar un análisis libre de la evolución del desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud desde su implementación mediante la promulgación de la Ley 100 de 1993 y las posteriores normas que la han complementado. En su primera parte, realiza un breve recorrido por el sistema, tomando como puntos de referencia los principios fundamentales establecidos para el mismo, tanto en la constitución nacional, como dentro de la misma Ley 100, para luego continuar con una visión crítica de la misma, buscando determinar las principales fallas y puntos álgidos por donde la corrupción la ha flagelado; al igual que ubicando los actores que se han beneficia-

do, lo mismo que los grandes perdedores tanto en el desarrollo del sistema como en sus resultados. Una vez concluido el proceso de crítica y análisis, el artículo deja en claro una posición respecto al Sistema General de Seguridad Social, en cuanto a las lógicas estructurales que lo fundamentan y adicionando un juicio digno de un mas amplio debate sobre el papel adelantado por los profesionales de la salud, tanto en la ejecución del mismo, como en su participación como agentes activos generadores de cambio.

Palabras clave: Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), departamento Nacional de Planeación (DNP), Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), aporte que hace el Estado a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA (PARYPASSU).

* Odontólogo Universidad Nacional. Magíster en Administración Universidad de La Salle. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud Universidad Jorge Tadeo Lozano. Especialista Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud Universidad Jorge Tadeo Lozano. Docente Facultad de Optometría Universidad de la Salle. Asesor en Salud, Senador Luis Carlos Avellaneda, Comisión VII Senado. Miembro del Consejo Distrital de Seguridad Social en Salud
Fecha de recepción: marzo 22 de 2006.
Fecha de aprobación: abril 7 de 2006.

THE DEVELOPMENT OF THE GENERAL SOCIAL SECURITY HEALTH SYSTEM AFTER THE IMPLEMENTATION OF LAW 100 OF 1993 UP TO NOW (A FREE OPINION)

ABSTRACT

This article wants to make a free analysis about the development of the General Social Security System from the moment it was implemented by virtue of Law 30, 1993 and further complementary regulations. First of all, it briefly analysis the system, taking as a reference the established principles, the National Constitution, and the Law 100; then, it continues with a critical view of it in order to determine the main failures and decisive points where corruption has severely criticized it; it has also located some actors who have taken advantage of it, and some others who have been losers both in the development of the system and in its results. Once

the process of criticism and analysis has been concluded, this article presents a clear position about the General Social Security Health System, regarding structural logic it is based on, and it also adds a judgment worthy of a broader discussion on the role of the health professionals, both in their performance and as active actors to generate a change.

Key Words: General Social Security Health System (SGSSS), National Planning Department (DNP), Solidarity and Guarantee Fund (FOSYGA), PARYPASSU.

INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 en su libro segundo, reformó el sistema nacional de salud con base en los tres principios básicos definidos en el artículo 48 de la Constitución Nacional promulgada en 1991, los cuales son: universalidad, solidaridad y eficiencia, adicionando otros fundamentales en su desarrollo como lo son la libre competencia, la calidad y la equidad entre otros.

A través del principio de libre competencia se permitió la participación de actores privados y públicos dentro de la administración y prestación de los servicios de salud.

De igual forma, la equidad y la solidaridad dentro del sistema se buscaron mediante la creación de un esquema de aseguramiento dividido en dos regímenes: el Contributivo y el Subsidiado, afiliándose al primero todos los trabajadores dependientes, los pensionados y las personas con capacidad de pago; dejando al Subsidiado toda la población pobre y vulnerable del país, cuya identificación se estableció que debería ser adelantada mediante la aplicación del Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios de los Programas Sociales (SISBEN), sistema de información diseñado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP), como instrumento de planeación y focalización de la inversión social en los municipios.

El ingreso de la totalidad de la población a cualquiera de los dos regímenes, es decir, la universalidad del sistema, se contemplaba en la Ley 100 que no debería superar la fecha de 31 de diciembre de 2000, creándose y estableciéndose para este periodo un grupo poblacional denominado vinculado; definido como toda la población en tránsito a pertenecer a alguno de los dos regímenes. Dado el incumplimiento del plazo establecido para el logro de

esta meta en la cobertura, la población vinculada a la fecha no solo existe, sino que se ha convertido en la mayoría de los casos en el principal factor de inestabilidad financiera de la red pública de servicios de salud, ya que su atención corre a cargo de los presupuestos transferidos a cada institución pública en el denominado subsidio a la oferta; cuyo monto fue reducido dentro de la implementación de las leyes 60 y 100 de 1993 y posteriormente por la Ley 715 de 2001, para transformarse en subsidios a la demanda, a través de afiliaciones al Régimen Subsidiado.

La solidaridad del sistema, se fundamenta principalmente en el manejo de flujo de un porcentaje de recursos captados en el Régimen Contributivo, hacia el Régimen Subsidiado, mediante la creación de una subcuenta denominada de solidaridad dentro del FOSYGA, cuya administración esta a cargo de una fiducia, contratada por el Ministerio de Salud, hoy de Protección Social; dichos recursos deberían corresponder al 1% de las cotizaciones de toda la población afiliada al Régimen Contributivo, adicionado por un monto similar que aportaría el gobierno nacional, en lo que se denominó el PARYPASSU; el cual la nación, no solo no ha cumplido a cabalidad, sino que intento reformar en el año 1996 a través de la Ley 344 y posteriormente en el 2001 mediante el numeral 20 del artículo 42 de la Ley 715, reduciéndolo a tan solo un aporte de 25 centavos de peso por cada peso que ingresara a la subcuenta de solidaridad proveniente de aportes al Régimen Contributivo; sin embargo, la Corte Constitucional en repetidas sentencias ha declarado la inexecutable de los artículos de dichas Leyes que pretendían modificar el PARYPASSU.

Los recursos recaudados por el FOSYGA de esta manera, son distribuidos a las regiones teniendo como base criterios de población, cobertura de afiliación al Régimen Subsidiado, NBI y niveles de ingreso.

En cuanto a la prestación de los servicios de salud, las aseguradoras ya sean del Régimen contributivo o del Régimen Subsidiado, deben constituir su propia red de servicios mediante la contratación de instituciones públicas o privadas, dejando libertad en el Contributivo a la posibilidad de que toda su red sea de origen privado, mientras que en el Subsidiado se exige como porcentaje mínimo de contratación con la red pública un 40% del total de las UPC contratadas con los municipios que tengan solo red pública de primer nivel de atención, porcentaje que se eleva a un 50% en los municipios que posean IPS públicas de segundo nivel de atención, todo lo anterior según lo definido en el artículo 51 de la Ley 715 de 2001.

Tanto las EPS, ARS o las IPS públicas o privadas, deben garantizar la calidad de la atención a los usuarios mediante el cumplimiento de un proceso de registro y habilitación establecido en el decreto 2309 de 2002 por el cual se crea el Sistema Único de Garantía de la Calidad, cuyo cumplimiento es de carácter obligatorio para todos los actores del sistema.

De igual forma, el decreto en mención crea un sistema de acreditación, el cual es de carácter voluntario, pudiéndose acoger a este las EPS, ARS e IPS que quieran demostrar un nivel superior en sus procesos de atención y servicio al cliente.

VISIÓN CRÍTICA

Hasta aquí se ha dado a grandes razgos una amplia revisión al Sistema General de Seguridad Social en Salud regente a la fecha en Colombia y a partir de este momento, se procederá a dar un punto de vista crítico de la realidad de la ejecución del mismo, tratando de definir actores beneficiados y actores damnificados.

Para iniciar, se puede decir que como globalidad dentro de su lógica, el sistema se fundamenta en la teoría del mercado; según el cual brindar servicios de salud se convierte en negocios donde los actores intermediarios: EPS e IPS se lucran, en muchos casos a costa de la salud o incluso de la vida de la población colombiana.

La Ley, toma tanto del Modelo Alemán, como del Modelo Inglés principios fundamentales, lo que lo convierte en un modelo de tipo mixto, con equilibrio desde el punto de vista económico, al no ser netamente proteccionista (keynesiano), ni de libre mercado (neoliberal).

Sin embargo, su aplicación desde un inicio no ha sido la mas adecuada, dejando vacíos que han permitido el desangre del mismo y su falta de eficiencia, lo que ha permitido que se le dé la razón a muchos de sus críticos.

Iniciemos por el análisis de las lógicas macroeconómicas sobre las cuales se diseñó la Ley 100, para el año 1993, el país crecía a un promedio de 5% del PIB anual y los niveles de endeudamiento del país no superaban el 30% con relación al PIB, haciéndolo estable y con firmes expectativas de desarrollo y crecimiento.

Pero múltiples factores de orden político, económico y social, desencadenaron hacia 1998 la peor crisis económica del país en los últimos años, no cumpliéndose no solo con las proyecciones de crecimiento, sino que por el contrario, en el año de 1999 se dieron tasas negativas de crecimiento del orden del -4,1% del PIB, situación que aunque a la fecha ha tendido a mejorar, no llega a los índices esperados en 1993; esta recesión económica se manifestó en tasas de desempleo elevadas que llegaron a ubicarse en un 20% del total de la población económicamente activa, afectando al sistema general de salud de varias formas.

La primera y más lógica, mediante la reducción de afiliados al Régimen Contributivo y por ende, de aportes a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA, generándose con el una reducción de recursos para aumento de cobertura en el Régimen Subsidiado; en segundo término, aumentó el subempleo al pasar gran número de las personas despedidas al sector informal, aumentando la evasión al sistema por una parte y por otra, elevándose el número potencial de beneficiarios del Régimen Subsidiado; tercero, los afiliados al Régimen Contributivo del sector informal y en algunos casos del sector formal tienden a cotizar con un ingreso base inferior al real, haciendo con ello elusión al sistema, cuarto hubo una disminución generalizada de salarios, impulsada por el Gobierno Nacional en su política antinflacionaria y de congelación de salarios de empleados y servidores públicos, lo que llevó a la reducción de los montos de las cotizaciones de los mismos, complementada posteriormente por la reforma laboral que recortó horas extras, nocturnas y festivos a los trabajadores y quinto todo esto ha llevado a poner en riesgo la estabilidad general del sistema, al afectar la subcuenta de compensación del FOSYGA, al generar mas EPS deficitarias, que superhabitarias, lo que impulsó al Ministro de Protección Social, a lanzar propuestas que no fueron acogidas por al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, tales como recortes de servicios incluidos dentro del POS, como es el caso de la Atención Odontológica para los afiliados, lo cual demuestra una visión corto plazista, en la intención del Gobierno de fortalecer el Sistema.

Esto ha conducido a un problema de orden estructural, generado más por las políticas macroeconómicas del Gobierno que a una real ineficiencia del sistema.

En el proceso de afiliación de igual forma ha existido inconvenientes en el Régimen Contributivo, ya que se ha aumentado el tiempo mínimo de permanencia

en una EPS a dos años, con el fin de proteger los intereses económicos de estas, limitando al afiliado las posibilidades de traslado por mal servicio o mala calidad en la atención por parte de la entidad a la que se halla afiliado, por otra parte la inexistencia de un sistema único que condense la totalidad de los afiliados, tanto de los Regímenes Subsidiados, Contributivo y Especiales ha imposibilitado evitar situaciones de doble afiliación entre el régimen Subsidiado y los otros Regímenes, situación agravada por la imposibilidad de identificar con cédula de ciudadanía, ciertas poblaciones especiales, como es el caso de los desmovilizados y desplazados, quienes debido en muchos casos a factores de violencia, ocultan su verdadera identidad, generándose de esta forma duplicidades de afiliación.

Como aspecto aun más preocupante en el Régimen Subsidiado se ha observado situaciones de corrupción en la afiliación, incentivadas por funcionarios municipales y empleados o corredores contratados por las ARS, quienes negocian la afiliación de una población a valores que pueden alcanzar los diez mil pesos por persona incluida dentro de un contrato, proceso que es acompañado por terminaciones unilaterales de contrato a las ARS que no entran en este juego, por parte de las alcaldías, sin justificación alguna, con el único objeto de beneficiar a la ARS involucrada en la corrupción y a particulares, en algunos casos políticos de la región, quienes se lucran de esta forma, con los recursos de la seguridad social.

Estos rubros invertidos por la ARS en la compra de afiliados, se camuflan en sus presupuestos y estados financieros como gastos de publicidad o como pagos de corretajes y comisiones por afiliación, situación esta última totalmente anómala; ya que en la regulación del Régimen Subsidiado se halla expresamente prohibido el adelantar actividades de mercadeo personalizada, ya que en este debe primar la libertad de escogencia por parte de los afiliados.

Capítulo aparte constituye la conformación de las redes de servicios de las EPS y ARS donde nuevamente figura la corrupción por parte de estos, al solicitar en algunos casos dineros a las IPS con el fin de poder ser estas contratadas dentro de su red; sin embargo, las IPS no son solo víctimas de la corrupción, sino que también a veces la fomentan, al ofrecer dinero para ser contratadas o ya cuando se hayan dentro de la red de servicios de la EPS, pagan a funcionarios de estas para que sus cuentas sean agilizadas y priorizadas en su pago.

En cuanto al flujo de recursos, el Sistema es ineficiente ya que favorece en la mayor parte de su lógica al asegurador, al demorar en un periodo cercano a los 60 días, en el mejor de los casos, el pago al prestador, lo que obliga a este último a manejar flujos de caja con proyección futura, lo que le exige un delicado manejo financiero y administrativo, donde el mayor perjudicado, en última instancia es el profesional de la salud, a quien se le dilata su remuneración con base en la dinámica de pagos que tenga la EPS con la IPS.

Es igualmente reprochable el manejo que dan algunas EPS a los pagos de sus prestadores, en especial, en contratos por actividad o paquete, ya que aprovechan los sistemas de auditoría de servicios de salud y de cuentas médicas, no como instrumentos que garanticen la calidad de la atención, sino como barreras al pago oportuno al prestador, mediante el glose de las cuentas auditadas y el prorrogue de la conciliación de las mismas, con el fin de manejar mejores flujos de caja y estados de pérdidas y ganancias positivos, por parte del asegurador y en el mediano plazo desconocer el pago de un porcentaje del valor facturado por el prestador.

Sin embargo, aquí tampoco se puede calificar al prestador como solo víctima, ya que algunas IPS, inclusive hospitales públicos, cometen faltas graves al presentar cuentas de pacientes a los cuales se

les incluyen procedimientos, exámenes o medicamentos que no se les ha realizado o administrado a ellos, sino a otros pacientes, que en la mayoría de los casos corresponden a la categoría de vinculados, o en otros casos exigen a los familiares del usuario la compra de algunos insumos aduciendo su falta de existencia en el hospital, para luego facturarlos al asegurador, incurriendo la IPS en casos de doble facturación.

También merece relevancia, cómo el sistema ha reducido el análisis del servicio prestado, a la calidad en la atención verificada por sistemas de auditoría, desconociendo los códigos de ética de las diferentes profesiones de la salud y es aquí donde el sistema se convierte realmente en mercantilista y reduccionista, al impulsar al profesional de la salud a adelantar procedimientos limitados en tiempo y recursos, contraviniendo en muchas oportunidades sus principios éticos, morales y de formación profesional, en la búsqueda única del lucro de los propietarios de las aseguradoras o del prestador, agravado por el oprobioso sistema de remuneración, en el cual a la mayoría de los profesionales de la salud se les contrata prácticamente a destajo, mediante la cancelación de porcentajes por la atención de pacientes y desconociéndoles sus prestaciones sociales y de seguridad social, convirtiéndose esto en un total contrasentido al volver a el trabajador de la salud en uno de los más desprotegidos.

Sin embargo, cabe acotar aquí, que las diferentes asociaciones de profesionales de la salud, agremiaciones científicas y el mismo profesional de la salud, por falta de un liderazgo real y debidamente fundamentado, han jugado un papel pasivo en el peor de los escenarios y en el mejor un papel activo, pero en la búsqueda de sus intereses particulares, más que en aportar para el fortalecimiento del sistema, lo que los ha llevado a un estado de postulación ante el asegurador, en este aspecto surge una esperanza fundada en la creación de los colegios de

profesiones de la salud, quienes recibirán funciones delegadas por parte del Gobierno Nacional, tales como la expedición de las tarjetas profesionales y el proceso de recertificación, factor que debe ser aprovechado como fuente de unión y liderazgo, que modifique el estado actual de las diferentes profesiones del sector.

¿EXISTE EL CONTROL?

Ante este panorama general, surge la pregunta ¿qué función cumple la Superintendencia Nacional de Salud?, ¿es acaso este un organismo paquidémico, corrupto y politizado que solo interviene en casos a cuyos intereses beneficie?, ¿por qué en contadas ocasiones y de manera limitada, se atreve a intervenir en aseguradoras de origen privado?, ¿será que los intereses de los propietarios de estas, son trasladados a políticos cuya influencia al interior de la superintendencia es total?, ¿por qué la verificación de la Superintendencia en municipios medianamente apartados es casi inexistente?, ¿por qué se obser-

va en especial en el Régimen Subsidiado mayor intervención por parte de las contralorías municipales, departamentales y nacionales, a pesar de las críticas que se les hacen a las mismas?

Son estas dudas las que impulsan a pensar que el sistema requiere una reforma total y una intervención seria, por parte del Estado, en cuanto a supervisión, vigilancia y control; ya que como se puede observar, a la fecha hay grandes actores beneficiados, como lo son los propietarios de EPS, ARS, IPS privadas, políticos y particulares que negocian con las poblaciones afiliadas y con los servicios prestados, dejando como grandes perdedores al Estado colombiano, a las IPS públicas, a los profesionales de la salud y por encima de todo al pueblo colombiano, quien en última instancia es el mayor perjudicado al no recibir un servicio de salud de alta calidad, como se podría alcanzar con un control adecuado a la ejecución de los recursos actualmente invertidos dentro sistema.

BIBLIOGRAFÍA

Constitución Nacional de Colombia, 1991.
Ley 100 de 1993.
Ley 60 de 1993.

Ley 715 de 1991.
Decreto 2309 de 2002.
Acuerdos del CNSSS publicados a la fecha.