

**LA REFORMA DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA ¿GARANTÍA  
PARA PROVEER UN MEJOR SERVICIO?**



**CÉSAR AUGUSTO ALARCÓN NIÑO**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACION EN CONTROL INTERNO  
BOGOTÁ D.C.  
2013**

**LA REFORMA DEL SERVICIO DE SALUD EN COLOMBIA ¿GARANTIA  
PARA PROVEER UN MEJOR SERVICIO?**



**CÉSAR AUGUSTO ALARCÓN NIÑO**

**Directora de Ensayo  
Doctora LUZ MERY GUEVARA CHACÓN**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA  
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS  
ESPECIALIZACION EN CONTROL INTERNO  
BOGOTA D.C.  
2013**

## INTRODUCCIÓN

La salud es un derecho que se debe garantizar a todo individuo, sin ninguna excepción. Esto hace que el sector salud sea un componente muy importante en la consecución del bienestar general de una sociedad. Por ello, es pertinente analizar la evolución que experimentó este sector en Colombia en los últimos años, considerando los grandes cambios que sucedieron en el orden mundial a principios de los noventa, los cuales condujeron a la creación de nuevos paradigmas en cuanto al modelo, desarrollo y la concepción del Estado. El sector de la salud, no ajeno a dicha dinámica, fue uno de los más comprometidos en esa época de transformaciones.

Este ensayo pretende dar una visión panorámica del proceso de las reformas, del sector salud en Colombia que introduce los principios de competencia en su funcionamiento. En este sentido, considero que hay un avance significativo y cualitativo del derecho a la salud, para tal efecto se analizan sus antecedentes, sus características y sus consecuencias. El análisis que se configura aquí es intuitivo y empírico y busca identificar los elementos clave en los que se orienta dicha reforma. Este artículo finaliza haciendo unas observaciones sobre los resultados y la experiencia de la reforma del sector de la salud de la Ley 100 de 1993 y realiza algunos cuestionamientos finales sobre la misma y la futura reforma que se va implementar en el presente año. Y si las competencias de inspección de vigilancia y control garantizaran el éxito de la operación simultánea de los regímenes contributivo y subsidiado que pretenden administrar los gestores de servicios de Salud.

Por ello, en este ensayo se considerarán los principales cambios introducidos con la ley 100 de 1993 en el sector de la salud, y la propuesta de la nueva reforma a cargo por el Ministerio de Salud y Protección Social; analizando su efectividad a la luz de los resultados que ha producido esta reforma en el sector para la población colombiana. Para tal fin se tendrán en cuenta también los principales problemas que trajo consigo la implementación de la ley 100 que se deben en parte a dificultades en su aplicación o a posibles problemas estructurales de la misma. Este análisis, se estructura por medio de un compendio de sus principales antecedentes y sus consecuencias para el conjunto de la población y referenciando las dificultades que surgen a partir de la actual situación del país combinada con las dificultades del funcionamiento de la ley 100 y la implementación del nuevo sistema de salud en Colombia: Salud Mía, permitiendo analizar todos los sectores donde tenga impacto la nueva reforma. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Por su trascendencia, el debate generado en torno a dicha reforma debe ser más accesible al conjunto de la población, quien es la más afectada por su aplicación. Sin embargo, tal cosa no sucede a cabalidad, limitando la capacidad del pueblo colombiano para opinar sobre la misma, e impidiendo que pueda comprender muchos de los aspectos y problemas de la reforma del sector salud.

Este análisis, por tanto, se inscribe en tal propósito, haciendo un compendio de sus principales antecedentes y sus consecuencias para el conjunto de la población, y referenciando las dificultades que surgen a partir de la actual situación del país combinada con las dificultades del funcionamiento de la ley 100.

## ANTECEDENTES DE LA REFORMA

Los procesos de reforma del sector salud no partieron de iniciativas sectoriales aisladas del conjunto de la economía, a pesar de que en los años ochenta ya se veía la necesidad de introducir modificaciones importantes en el mismo, para mejorar su funcionamiento y hacer más asequible y eficiente su atención a la población. Tales procesos de reforma partieron, por el contrario, de propuestas más amplias de transformación de la economía; este proceso se produjo en el contexto de la crisis económica y del Estado de Bienestar de los ochentas, que giró en torno a la deuda externa.

La reforma en Colombia no se ve ajena a la problemática mundial, pues ella también afronta una grave crisis económica que conduce a la dificultad del modelo de Estado seguido hasta ese entonces, viéndose obligada a reducir su gasto, incluida la inversión social. En el sector salud la situación se torna preocupante, debido a que demanda mayor cantidad de inversión, frente a la mayor población y los costos crecientes en la atención hospitalaria; pero el Estado, por el contrario, se ve en la necesidad de reducir la proporción de su gasto en salud.

A raíz de los antecedentes mencionados y de esa situación, se promulga la ley 100 de 1993 que reforma el sistema de salud colombiano, por lo cual se abandona el seguro social prestado por el Estado fundamentalmente a través del Instituto de Seguros Sociales. Ministerio de Salud: *La cobertura familiar*, Artículo 163°, Ley 100, (1993).

La Reforma a la Salud Colombiana contenida en la Ley 100 de 1993, promueve los principios de universalidad y solidaridad, por ello se adopta el aseguramiento obligatorio, como estrategia para garantizar la cobertura de

toda la población y se crean dos regímenes de aseguramiento: el contributivo y el subsidiado.

Ministerio de Salud: *Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social*, Artículo 157°, Ley 100, *Ministerio de Salud*, (1993).

El primero, protege a las personas con capacidad de pago; quienes cotizan bajo el sistema de pago anticipado y el segundo, a las personas pobres de bajos recursos.

El principio de solidaridad se materializa al conjugar estos dos regímenes, trasladando recursos del contributivo para el financiamiento del subsidiado, y a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y recursos fiscales destinados al régimen subsidiado.

La regulación de dicho sector queda a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), quien dicta las reglas de operación del sistema y define el Plan Obligatorio de Salud (POS, el cual deben ofrecer las aseguradoras a sus afiliados). Este consejo es auxiliado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), organismo de inspección y vigilancia. El financiamiento siguió siendo monopolio del Estado, a través del Fosyga, pero la administración de los seguros quedó a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan la prestación de los servicios a sus clientes con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Además, con la ley 60 de 1993 que implementa la descentralización, se completa la reforma. En este sentido, se dio una descentralización territorial, que aumentó las responsabilidades de los municipios, los cuales deben ampliar la asignación de recursos al sector; y, por otro lado, se le

concedió mayor autonomía a los hospitales a través de la figura de Empresa Social del Estado, con patrimonio y presupuesto independiente. Ministerio de Salud: *Competencias de las entidades territoriales y la Nación*, Artículo 1° Ley 60 de (1993).

Dado el alto grado de incertidumbre que se da en el sector salud, dichas reformas también están encaminadas a corregir los fallos que por tal motivo puede presentar el seguro privado. El aseguramiento obligatorio evita la selección adversa, consistente en el retiro de las personas de bajo riesgo por las altas primas generadas por los altos riesgos de otras, las cuales permanecen aseguradas, tanto por el lado de los proveedores como de los usuarios. La definición de un POS único, evita que la oferta se concentre en los riesgos cuyos gastos son bajos, impidiendo la selección de riesgos. Y para controlar el riesgo moral consistente en un sobre consumo por la falta de precios, se fija el cobro de cuotas moderadoras y pagos parciales.

Al analizar la estructura de la reforma del sector salud colombiano, considero: en primer lugar, se crea un mercado de aseguramiento y prestación de servicios que incentiva la participación de agentes privados. En el caso del régimen contributivo, se instituye la cotización de pago anticipado y se fijan cuotas moderadoras (franquicias deducibles) y pagos parciales, con el fin de contener los costos, motivando un uso más racional de los servicios por parte de los usuarios.

En segundo lugar, en el caso del régimen subsidiado, la cuota moderadora corresponde a la política de imposición de cargos a los usuarios de los servicios de salud gubernamentales.

En tercer lugar, el surgimiento de EPS y ARS privadas, junto con un entorno más favorable para la creación de IPS privadas, concuerda con la

política de fortalecer el suministro no gubernamental de servicios de salud. Y finalmente, con respecto a la política de descentralización es clara la relación, dado el nivel de autonomía que se le da a los hospitales.

Se necesita entonces una reforma profunda que aborde integralmente los problemas de insuficiente cobertura, corrupción y oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud; sumándole a ello la necesidad de establecer una estructura financiera sólida que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables a todos los pacientes que requieran de los servicios, un adecuado flujo de recursos y mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud.

Ningún modelo de sistemas de salud es mejor que otro, es importante conocer para aprender de sus experiencias tanto positivas como negativas y llegar a comprender que el país debe diseñar y estructurar su sistema de acuerdo con la cultura, condiciones geográficas, políticas y sociales. Colombia ya tiene su sistema de seguridad social en salud que muy a pesar de las irregularidades ha obtenido avances y reconocimientos a nivel internacional.

Tal vez el aspecto más preocupante e inaceptable de la propuesta de ley ordinaria es que castiga a los jueces de tutela por sus supuestos excesos, mientras legaliza el negocio y la apropiación indebida de los recursos públicos por parte de las actuales EPS, quitándoles el peso de las investigaciones en curso de la Contraloría, la Procuraduría y la Fiscalía.

En el último principio propuesto en el proyecto se establece que: “Las decisiones de la autoridad judicial que contravengan lo dispuesto en la presente ley harán incurrir al funcionario judicial que la profiera en falta disciplinaria gravísima y genera responsabilidad fiscal” (Artículo 4°, literal x,



Proyecto de Ley 210 de 2013). Esto es inaceptable: se trata de una intromisión indebida del legislador, promovida por el poder ejecutivo, contraria a la autonomía del sistema judicial, amenazando además con una sanción pecuniaria. Las altas cortes no pueden dejar pasar semejante atropello.

En el mismo principio, a renglón seguido, se afirma: “Los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a las prestaciones individuales que son públicos, hasta que se transfieren desde Salud-Mía a los agentes del Sistema” (Artículo 4°, literal x, Proyecto de Ley Reforma a la Salud, *Ministerio de Salud y Protección Social*, 2013).

Esto va en contra de la Constitución, de la jurisprudencia de la Corte Constitucional, de la misma ley 100, del concepto del Consejo de Estado, de la Contraloría y de la Procuraduría que siempre han sostenido que los recursos de la seguridad social en salud son de destinación específica, esto es, son para garantizar la atención en salud de los derecho-habientes, y de ninguna manera pueden ser apropiados por agente alguno al que se le encargue su administración.

Sobre la base de este concepto, todas las EPS debieron separar el 8 o el 10 por ciento para administración de los recursos de las UPC, y los restantes ubicarlos en unas cuentas de orden para la prestación de servicios, que debieron vigilar la Superintendencia de Salud y la Contraloría. Ministerio de Salud: *Destinación de los Recursos*, Artículo 9°, Ley 100 de (1993).

Con este pequeño literal del Artículo 4° se borra de un plumazo tal carácter y, con ello, se acaban todos los procesos sobre apropiación indebida de recursos por parte de las EPS actuales. Con el cambio de nombre y la liquidación de las EPS, no habrá posibilidad alguna de

recuperar, por ejemplo, los recursos invertidos por el señor Carlos Palacino, verdadero dueño de Saludcoop.

Otro escenario que considero genera más controversia de la propuesta de reforma a la salud es el futuro de las EPS, las entidades que durante 20 años han ejercido el papel de articuladoras del sistema, manejadoras de recursos y proveedoras de servicios para los afiliados.

Por esa razón, y tras conocerse el contenido de los proyectos de ley ordinaria y estatutaria radicados en el Congreso, voceros de médicos, pacientes, hospitales y hasta las propias EPS se han lanzado en las últimas horas a discutir los posibles escenarios que la reforma plantea para estas empresas.

Néstor Álvarez, (presidente de la Asociación de Pacientes de Alto Costo, (2013). Es tajante al decir que las EPS deben desaparecer, nunca cumplieron un buen papel –sostiene-, atentaron contra los pacientes mientras se enriquecían; no estamos de acuerdo con que se las premie permitiendo que se conviertan en gestoras de salud. Es más, consideramos que cualquier tipo de intermediación debe eliminarse. Proyecto de Ley 210 de (2013), Senado – Reforma al sistema de Salud.

Juan Carlos Giraldo, (director de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, 2013). Opina que el sistema sí necesita un coordinador interno, no obstante –afirmó- es el momento de saltarse ese falso aseguramiento que tuvimos durante 20 años y de pasar a un esquema explícito de administración regulada; eso dejaría por fuera a las EPS actuales. Toda intermediación que no agregue valor debe desaparecer. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Los médicos, sin embargo, no descartan que las EPS con mejor desempeño puedan, de acuerdo con lo propuesto por el Gobierno, convertirse en gestoras, pero haciendo un mejor papel. De acuerdo con Fernando Sánchez, (presidente de la Academia Nacional de Medicina y miembro de la Junta Médica Nacional, (2013). El objetivo de las EPS se desvirtuó a tal punto que en el manejo del modelo de atención se privilegiaron intereses distintos al bienestar de la gente, que a la postre se convirtieron en la principal causa de la catástrofe del sistema. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Y agregó que como gestoras, “estas entidades tendrían que reivindicar su papel ante los colombianos”. Por su parte, Jaime Arias, (presidente de Acemi); (que agremia a la mayoría de las EPS del régimen contributivo), defendió el “papel articulador e integrador” que han tenido estas empresas durante 20 años. “Además –insistió- han construido las redes público privadas de asistencia que han permitido atender a la población y todos los procesos gracias a los cuales la casi totalidad de los colombianos puede acceder a servicios de salud”. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Arias, sostuvo que las EPS aceptarán la decisión que tome el Gobierno a través del Congreso con respecto a su futuro; de hecho, aseguró que están dispuestas a colaborar con el montaje del nuevo sistema. Sin embargo, no descartó que la mayoría de las EPS, sobre todo las buenas, acaben retirándose de un mercado que, en primera instancia, no presenta condiciones favorables ni claras para el ejercicio como gestoras. Elisa Torrenegra, (Directora ejecutiva de Gestarsalud, que reúne a EPS del régimen subsidiado, 2013). Afirmó que las EPS de su gremio que administran la salud de los más pobres, ya dieron un paso importante hace

algún tiempo, respecto al manejo de recursos, desde que se pusieron en marcha los giros directos para los prestadores. Eso nos tranquiliza, pues ya estaríamos cumpliendo con uno de los requisitos que se exigirían a las futuras gestoras en salud. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

De otro lado, y tras hacer un juicio crítico del papel que han desempeñado las EPS, (la Superbancaria), propone que se mantenga el modelo de aseguramiento en salud, pero provisto por compañías financieras especializadas en aseguramiento. Eso podría dejar por fuera la posibilidad de que las EPS fungieran, tras la reforma, como gestoras de salud.

El ministro Gaviria insiste en su propuesta realista para todos los problemas, basada en su liberalismo trágico. Pero otras opciones han sido presentadas al Congreso, con posibilidades de cambio real. Se trata de un asunto público, de interés común, que no puede quedarse en sostener los negocios a costa de la vida de las personas. Nos merecemos un mejor sistema de salud. Pero es necesario construirlo mediante un pacto social legítimo y pleno de la sociedad colombiana. Proyecto de Ley 210 de (2013), Senado – Reforma al sistema de Salud.

Considero de la Nueva reforma a la Salud en Colombia anunciada en este año y en la cual hace dos semanas el Ministro Alejandro Gaviria inició la socialización de las grandes líneas de la reforma en la cual ha venido trabajando, con el fin de solucionar algunas fallas que aquejan al sector de la salud en Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Aunque todavía no se conoce el articulado del proyecto de ley, por lo cual algunos de los puntos se pueden alejar del proyecto definitivo de

reforma; lo primero que puedo inferir es que las EPS tal como funcionan actualmente tienen sus días contados. En efecto, la idea parece ser una afiliación única a una nueva entidad, llamada, Mi-Salud que usará, la plata de las contribuciones para pagar directamente a los prestadores de salud, evitando la intermediación financiera de las EPS.

Esta medida tiene una lógica obvia: esta intermediación de las EPS es costosa para el sector de la salud, se estima que genera un costo de alrededor de 15-20% de la unidades por capitación (UPC) en gastos administrativos; y suprimir el renglón de intermediación de las EPS puede entonces constituir un ahorro importante para el sector de la salud, que presenta dificultades financieras recurrentes. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

En efecto, como la actividad de aseguramiento en salud es conocida por tener economías de escala; lo anterior va sin duda a disminuir el nivel de gastos administrativos. Además, se debe reconocer que algunas EPS durante estos últimos años no han tenido comportamientos siempre *apropiados*, con lo cual, desde un punto de vista político, la opinión pública no las va a echar de menos.

Si esta medida parece la más apropiada para el régimen subsidiado donde la falta de competencia entre prestadores de salud hace que no sea oportuno tener un renglón con varias EPS, el tema es un poco distinto para el régimen contributivo. En efecto, a veces existen ahorros en algunos eslabones de la cadena que resultan onerosos al final, por diversas razones.

Primero, es cierto que hay un problema con la manera en que juegan las EPS, pero es un problema de diseño del sistema por el cual no tienen la culpa. Cuando existen EPS más eficientes que otras, hoy en día, estas EPS, a final del año generan mayores utilidades: en el diseño de la Ley 100, nada

ha sido pensado para que los afiliados y el resto del sistema de salud se beneficien de estas ganancias de eficiencia de las EPS.

En otras palabras, el canal de transmisión de las ganancias de eficiencia quedó tapado por los diseñadores de la Ley 100. Esto se podría corregir de manera sencilla sin suprimir las EPS en el régimen contributivo: se requiere disminuir marginamente el valor de las UPC que reciben y dejar que compitan en primas, para compensar esta disminución.

Así se destaparía automáticamente este canal de transmisión de las ganancias de eficiencia, sin el cual el sistema no puede funcionar bien. Si una EPS es ineficiente en su papel de intermediación, tiene sólo dos elecciones posibles: volverse juiciosa y competitiva o salir del mercado. (Sin embargo, reconocemos que para que los valores de las primas reflejen realmente las ganancias de eficiencia y no selección de los riesgos por parte de las EPS, esto se debería acompañar de una reforma de la cuenta de alto costo).

Segundo, no es porque estas ganancias de eficiencia generadas por las EPS no se transmitían al resto del sector salud; de hecho, la mejor evidencia viene del discurso de los médicos en contra de la Ley 100. Si se quejan de haber perdido ingresos con la Ley 100, es precisamente porque las EPS han cumplido su papel de compradores inteligentes de tratamientos y procedimientos de salud. Ministerio de Salud: *El Régimen de Beneficios*, Artículo 193°, Ley 100 de (1993).

En el proyecto de reforma, Mi-Salud podrá delegar a nuevos actores, llamados Gestores de Salud, este papel de compradores inteligentes. Estos Gestores de Salud serán redes de salud, que podrán ser ex EPS o IPS, y que tendrán que racionalizar la oferta de tratamientos a los pacientes.

De lo que planteó el Ministro Gaviria, Mi-Salud remunerara a través de pagos por eventos en el caso de enfermedades básicas, y mantendrá el esquema de pagos por unidad de capitación por las enfermedades más complejas. Si este nuevo sistema propuesto tiene sentido, sin embargo se puede temer que los Gestores de Salud resulten menos eficientes que las EPS para racionalizar la oferta de tratamientos. Proyecto de Ley que reforma la Salud: Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Primero, por lo que nos enseña la teoría de contratos, la mejor forma de alinear los incentivos entre Mi-Salud y estos Gestores es precisamente transferirles parte del riesgo financiero, lo que hacía el Fosyga con las EPS. Remunerar a estos Gestores por pagos por evento en el caso de las enfermedades básicas no les va a dar los incentivos apropiados para controlar bien los gastos por un lado, pero tampoco para promover una política de prevención eficiente hacia sus afiliados, por el otro: cada vez que se enfermen sus pacientes, estos Gestores recibirán más plata por parte de Mi-Salud. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

En el caso de enfermedades complejas, los incentivos están más alineados para garantizar una mejor gestión, pero se deberá probablemente revisar el mecanismo de compensación para las enfermedades de alto costo para evitar la selección de riesgos por parte de los Gestores, algo que ya ocurre en el caso de las EPS. En los últimos días, el Ministro Gaviria, habló de usar esquemas de remuneración que dependerán de los resultados de estos Gestores de Salud. Este tema me parece crucial para que estos Gestores, a pesar de no ser ya intermediarios financieros de los recursos, se comporten de manera eficiente, y que estas ganancias de eficiencia

favorezcan a los afiliados. Al dar forma al nuevo sistema de salud, hay que recordar que es precisamente la ausencia de un canal de transmisión de las ganancias de eficiencia, una de las cosas que hizo fracasar a la Ley 100. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

Nadie duda de que el sistema de salud necesite reformarse. La iliquidez por la que atraviesan sus dos regímenes, el déficit de los principales indicadores sanitarios, la pérdida de legitimidad de algunos actores, la corrupción a todo nivel y el inconformismo creciente en la población hacen del sector una prioridad en las agendas del Gobierno y del Congreso. Eso obliga a mirar seriamente algunos tópicos inherentes al sistema de salud que por el impacto que tienen sobre las finanzas, la organización y la calidad del mismo deben dejarse de ver como aledaños y ser considerados dentro de las reformas integrales que se plantean. Entre ellos están el Sistema General de Riesgos Laborales (SGRL), el Seguro de Atención a Víctimas de Accidentes de Tránsito (Soat) y la medicina prepagada.

El Sistema de Riesgos Laborales, creado para garantizar la prevención y la atención de las enfermedades y los siniestros de los trabajadores, tiene como rectores al Ministerio de Trabajo, a las administradoras de riesgos laborales (ARL) -antiguas ARP- como responsables directas, y la vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Financiera. Si bien se ve distante del sistema de salud, el nexo entre los dos es directo y estrecho. Además, las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo son atendidos por las EPS y pagados por las ARL. Pero esto que debería ser un simple cruce de cuentas está surcado por una maraña de trámites y requisitos en la que muchas veces las EPS terminan cubriendo los gastos del siniestro o de la enfermedad.



Definir los límites entre una enfermedad profesional y una de origen común no es fácil, por lo que se requiere el concurso de médicos muy calificados en el tema. Proceso que muchas veces se omite y simplemente el enfermo queda a cargo de la EPS. Esto se agudiza con enfermedades de alto costo, como el cáncer profesional, que casi siempre termina atendido con recursos del sistema de salud. Otra anomalía ocurre cuando un trabajador con una incapacidad causada por lesiones o males obtenidos en el trabajo es despedido después de ser indemnizado. Por lo general, la ARL le niega la atención médica y el paciente tiene que afiliarse a una EPS del subsidiado para completar sus tratamientos. Los casos son muchos. Ministerio de Salud: *El Régimen de Beneficios*, Artículo 255°, Ley 100 de (1993).

Con respecto a las pólizas de Seguros Obligatorios de Accidentes de Tránsito (Soat), es sabido que algunas clínicas y hospitales estimulan económicamente a taxistas y conductores de ambulancias que les llevan los heridos en estas circunstancias. Estas instituciones cobran las tarifas más altas del mercado (tarifa Soat) y al consumirse el monto que sufraga la póliza, inmediatamente trasladan los gastos a la EPS del paciente y tratan de deshacerse de él. Se estima que las aseguradoras recaudan por esta vía un billón de pesos, de los cuales buena parte se queda en sus manos.

Por último, es necesario revisar el cruce de cuentas de algunas empresas de medicina prepagada que, utilizando la misma estrategia, descargan en las EPS de sus afiliados los costos de tratamientos y cirugías de alta complejidad o de trámite prolongado. La imperiosa reforma debe definir reglas claras para la relación del sistema de salud con estos subsistemas y establecer sanciones específicas contra sus abusos, que,

además de favorecer indebidamente a terceros, consecuentemente atentan contra la calidad de los servicios que reciben todos los colombianos.

## **CONCLUSIÓN**

Considero, la reforma al sector salud en Colombia, logró un aumento considerable de la cobertura en aseguramiento, factor clave para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, pero no logra evitar otras barreras al acceso. Incluso hay quienes dicen que la reforma redujo la cantidad de colombianos con atención en salud, pues en el anterior sistema, el 75% de la población, así no tuviera carné del ISS o de alguna caja de compensación familiar, accedía a los servicios.

Como se puede observar, la reforma al sector salud fue un suceso encadenado a un conjunto de hechos más amplio. El sistema de seguridad social que emergió a partir de dicho contexto y siguiendo esas orientaciones diseñó un modelo propicio para la inversión de capital privado, la competencia entre el sector público y privado, y la reorientación del papel del Estado a la regulación del mercado de seguros y servicios desalud.

Tal situación indica que, si bien el seguro es fundamental, no ha sido suficiente, más aún cuando este se concentra en las personas con capacidad de pago para cotizar o en aquellas de muy bajos ingresos; por ello, existe un sector de la población que ha quedado excluido del aseguramiento, pues no cuenta con los ingresos suficientes para cotizar, pero tampoco escalificada como pobre. Esto también puede reflejar los inconvenientes que se dan con la definición y la medición de la pobreza, antes mencionados, pero igualmente es evidencia de que la recuperación económica ha girado en

torno al empleo informal e, incluso, el subempleo, generando esa franja de la población que está quedando excluida del sistema de salud. De este último hecho, unido a la reducción de nuevos recursos para el régimen subsidiado, puede suponerse que probablemente el nivel de cobertura variará poco o se estabilizará para ambos regímenes en los próximos años.

Igualmente, la concentración de las aseguradoras, la oferta insuficiente, los problemas de calidad y los que se plantean en cuanto a la ética médica, lleva a cuestionar la pertinencia de la reforma y su confianza en el mercado. El que esta reforma haya permitido la entrada de agentes privados en el sector salud no es inconveniente de por sí, el problema surge cuando estos agentes actúan en función de la ganancia, lo cual ha provocado, en gran medida, las complicaciones mencionadas.

Esto plantea una tensión entre los fines altruistas de la atención médica y la conducta egoísta de las aseguradoras, lo cual ha desembocado en una crisis de la ética médica, que ha planteado un dilema en el momento de atender al paciente, ya que los médicos no tienen la posibilidad de dar un tratamiento sin considerar los costos, lo que también afecta la calidad de los servicios y su disponibilidad.

Por lo anteriormente expuesto, es menester preguntarse por la pertinencia del sistema de seguridad social y el conjunto de sus medidas y las estrategias adoptadas para alcanzar sus objetivos. Hay que reconocer que como un proyecto innovador, no es de extrañar que haya experimentado tantas dificultades en su implementación. Por ello, la experiencia de esta reforma debe servirnos para tomar nuevas enseñanzas que nos permitan construir un sistema de salud más acorde con las necesidades y la situación económico-social del país, que se preocupe más por la equidad y que

promueva el respeto y el desarrollo de la libertad del paciente, en la igualdad de acceso y uso de los servicios médicos según su necesidad.

Pero esto plantea también que, en gran medida, la solución a muchos de los problemas de la ley 100 debe buscarse por fuera de ella, lo que implica integrar el sector salud, de forma más estrecha, en una política de crecimiento y desarrollo económico que ayude a disminuir muchos de los factores que hacen ineficaz dicha reforma y que pueden obstaculizar cualquier otra, y que contribuya a lograr esa equidad que al acceso que aún persisten en los servicios de salud.

El riesgo es que Mi-Salud se vuelva una chequera ciega porque los Gestores de Salud no tengan los incentivos para comportarse como compradores inteligentes de tratamientos. El éxito de la reforma que propone el Ministro dependerá entonces crucialmente de los incentivos que se creen a través de los esquemas de remuneración que Mi-Salud usará para remunerar a los Gestores de Salud. Estos esquemas de remuneración dependen de los resultados de estos Gestores; y se deben encaminar en dirección correcta. Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

## REFERENCIAS

Ministerio de Salud: *Competencias de las entidades territoriales y la Nación*, Artículo 1° Ley 60 de (1993).

Ministerio de Salud: *Destinación de los Recursos*, Artículo 9°, Ley 100 de (1993)

Ministerio de Salud: *Tipos de participantes en el Sistema General de Seguridad Social*, Artículo 157°, Ley 100, Ministerio de Salud, (1993).

Ministerio de Salud: *La cobertura familiar*, Artículo 163°, Ley 100, (1993).

Ministerio de Salud: *El Régimen de Beneficios*, Artículo 193°, Ley 100 de (1993)

Ministerio de Salud: *El Régimen de Beneficios*, Artículo 255°, Ley 100 de (1993)

Ministerio de Salud y Protección Social: *Proyecto de Ley que reforma la Salud*, (2013).

(Artículo 4°, literal x, Proyecto de Ley Reforma a la Salud, *Ministerio de Salud y Protección Social*, 2013).

Proyecto de Ley 210 de (2013), Senado – Reforma al sistema de Salud.