



# El sistema general de seguridad social en salud

Juan Carlos Eslava C. Instructor asociado. Departamento de Salud Pública y Tropical, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

Si bien la seguridad social ha sido definida de manera amplia como "la protección de toda la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica" (1), hoy por hoy puede ser entendida de manera más específica, como un mecanismo institucional y financiero de aseguramiento que permite que las personas reciban protección contra eventos futuros que puedan afectar su bienestar material. Por lo tanto, la seguridad social constituye un sistema complejo de ahorro y de aseguramiento, avalado y regulado por el Estado, que obliga a las personas a que económen una cantidad de dinero durante su vida productiva, para que tengan con que mantenerse durante su vejez o su enfermedad. La seguridad social incluye una serie de seguros obligatorios: pensiones, cesantías, subsidio familiar, maternidad, riesgos profesionales, enfermedad general e invalidez (2-5).

En Colombia el sistema de seguridad social nace en los años cuarenta del presente siglo cuando, mediante la ley 6 de 1945 y la ley 90 de 1946, se crearon, respectivamente, la Caja de Previsión Social de los Empleados y Obreros Nacionales y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Sin embargo, su desarrollo estuvo marcado por una clara exclusión de la población no asalariada y por una inicial separación entre el sistema que cobijaba a los trabajadores privados (seguro social) y aquél que cobijaba a los funcionarios públicos (previsión social). Esto llevó a que el sistema mantuviera coberturas limitadas, propiciara con-

diciones claramente inequitativas con relación a la población en su conjunto, favoreciera la dispersión institucional y restringiera el alcance del concepto de seguridad social al más estrecho de "seguro social" (6-8).

Con la expedición de la Ley 100 de 1993, el país inició la transformación de su fracturada organización sanitaria, tomando como eje la idea del aseguramiento universal y creando un Sistema de Seguridad Social Integral. En este sentido, la seguridad social se asume como "*el conjunto de instituciones, normas, y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollos para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad*" (9).

Como en todo proceso de aseguramiento, la lógica del sistema se centra en la instauración de un contrato de seguro, esto

es, un contrato por el cual el asegurado obtiene el compromiso del asegurador, a cambio de una remuneración (prima), de que en caso de que ocurra una contingencia que afecte su bienestar físico o material recibirá una compensación o indemnización. El Estado queda como garante del cumplimiento del contrato. Es importante señalar que, en todo caso, este contrato tiene unas particularidades propias, reguladas por el derecho público.

La seguridad social en salud, en este contexto, es concebida como un componente del sistema general de seguridad social a la cual se le ha encomendado la función de "*regular el servicio público esencial de la salud y crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención*" (9). Para tal fin, se ha establecido una estructura organizativa institucional y financiera orientada por unos principios básicos y unas reglas generales del servicio público (Tabla 1).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, creado por la misma Ley 100/93, reorganiza el sistema de prestación de los servicios de salud e impulsa una

**Tabla 1. Principios y reglas de la seguridad social**

## Principios

Eficiencia; Universalidad; Solidaridad; Integralidad; Unidad; Participación

## Reglas

Equidad; obligatoriedad; protección integral; libre escogencia; autonomía de las instituciones; descentralización administrativa; participación social; concertación; calidad.

reestructuración de las fuentes de financiación que han de garantizar el cumplimiento de las metas y sostener tanto la ejecución de los diversos programas de salud como la prestación de los servicios.

### Las características del SGSSS

El SGSSS está integrado por los organismos de dirección, vigilancia y control en cabeza del Ministerio de Salud, los organismos de administración y financiación que actúan como instancias aseguradoras, las instituciones prestadoras de servicios, otras entidades de salud, los empleadores, trabajadores y beneficiarios del Sistema y los Comités de Participación Comunitaria (Tablas 2 y 3).

La afiliación al Sistema es obligatoria, previo el pago de la cotización reglamentaria, o a través de los subsidios ofrecidos por el Estado. El funcionamiento, en teoría, es el siguiente: la persona elige libremente una EPS a la cual quiere afiliarse y allí, después de los trámites indispensables, hace el pago correspondiente a su cotización que se realiza por uno de tres mecanismos: impuesto a la nómina (en caso de ser trabajador asalariado), aporte proporcional a los ingresos (en caso de ser trabajador independiente) o mediante subsidio público (en caso de ser beneficiario de dicho subsidio, previa selección mediante el SISBEN).

El pago de la cotización le permite a la persona (y a su familia) acceder al Plan de beneficios obligatorio (POS), el cual incluye acciones de promoción de la salud y de prevención de enfermedades, atención a las patologías más frecuentes y acceso a la tecnología e infraestructura estándar para dicha atención. Los pagos de los afiliados pertenecen al FOSYGA y por cada una de las personas afiliadas las EPS reciben una suma de dinero fija, establecida normativamente, que cubre el costo pro-

**Tabla 2. Siglas del sistema general de seguridad social en salud.**

<b>ATEP:</b>	Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
<b>ARS:</b>	Administradoras del Régimen Subsidiado
<b>ARP:</b>	Administradoras de Riesgos Profesionales
<b>CNSSS:</b>	Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
<b>COPACOS.</b>	Comités de Participación Comunitaria
<b>ECAT:</b>	Eventos catastróficos y accidentes de tránsito
<b>EPS:</b>	Empresas Promotoras de Salud
<b>ESE:</b>	Empresa Social del Estado
<b>ESS:</b>	Empresas Solidarias de Salud
<b>FOSYGA:</b>	Fondo de Solidaridad y Garantía
<b>IPS:</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>PAB:</b>	Plan de Atención Básico
<b>POS:</b>	Plan Obligatorio de Salud
<b>SGSSS:</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>SISBEN:</b>	Sistema de Identificación de Beneficiarios de programas sociales
<b>SOAT:</b>	Seguro Obligatorio de Accidente de Tránsito.
<b>SUPERSALUD:</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>UPC:</b>	Unidad de Pago por Capitación

**Tabla 3. Integrantes del SGSSS.**

#### Organismos de dirección, vigilancia y control:

- Ministerios de Salud
- Ministerio de Trabajo
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
- Superintendencia Nacional en Salud

#### Organismos de administración y financiación:

- Empresa Promotora de Salud (EPS, ARS, ESS, Cajas de Compensación)
- Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud
- Fondo de Solidaridad y Garantía

Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (Hospitales, clínicas, centros de salud, etc.)

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Beneficiarios del Sistema (trabajadores formales, independientes, subsidiados y familiares)

Comités de Participación Comunitaria

medio del POS (por persona/año). A esta suma se le llama UPC.

Las EPS son los entes aseguradores del sistema, por lo tanto, son los núcleos organizativos básicos del SGSSS. Las funciones primordiales que deben cumplir las EPS son la afiliación de las personas al sistema, la movilización de los recursos financieros, la promoción de la salud, el manejo del riesgo de enfermar y la organización de la prestación de los servicios de atención para sus afiliados.

Las EPS contratan servicios con las IPS para que atiendan a sus afiliados quienes, en principio, tienen el derecho de elegir a cual institución asisten. Los hospitales públicos son IPS que, dado

que son propiedad del Estado, reciben el nombre de ESE. Ellas son una categoría especial de entidad pública descentralizada, con autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica..

Para efectos de la financiación y la administración del Sistema, existen dos regímenes: el Contributivo y el Subsidiado. El primero se ha definido como *"un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en con-*

*currencia entre éste y su empleador" (9).* La cotización obligatoria para éste régimen es el 12% del salario, el cual debe ser igual o superior al salario mínimo legal.

El régimen subsidiado también se define como el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS pero cuando ésta "se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad" (9). Las empresas que administran los recursos del régimen subsidiado reciben el nombre de ARS o, si son empresas de economía solidaria, ESS. Los beneficios contemplados para las personas afiliadas por este régimen son menores que los del régimen contributivo (POS subsidiado) y son financiados por el FOSYGA y recursos del erario público.

Los recursos de origen nacional incluyen: el "paripassu", que es una contrapartida que da el Estado por cada peso que los afiliados al régimen contributivo traspasan al régimen subsidiado; el punto de solidaridad (del 12% de cotización del régimen contributivo, 1% va al régimen subsidiado); el aporte de las Cajas de Compensación Familiar, los impuestos a las empresas petroleras que explotan los pozos de Cusiana y Cupiagua y los rendimientos financieros que genera el FOSYGA (10-11).

El FOSYGA es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que sirve de Fondo común para garantizar la disponibilidad de recursos del sistema y la solidaridad que debe existir dentro del mismo. Este fondo está integrado por cuatro subcuentas: a) Compensación interna del Régimen Contributivo, b) Solidaridad del Régimen Subsidiado de Salud, c) Promoción de la Salud y d) Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito.

El Sistema contempla varios planes de beneficios que, en últimas, son los paquetes de servicios a que el individuo se hace merecedor por su aporte al Sis-

tema. Estos planes son el ya mencionado POS, el PAB, la atención de urgencias y el cubrimiento de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito. El PAB contiene servicios comunitarios y personales con altas externalidades (aquejitos que, si bien se aplican a la persona, afectan al colectivo, por ejemplo las inmunizaciones). Son servicios obligatorios y "gratuitos", en el sentido de que son financiados por recursos fiscales nacionales y territoriales. La atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por cualquier IPS independientemente de la capacidad de pago de la persona afectada y en el caso de riesgos catastróficos o accidentes de tránsito los gastos corren por cuenta del FOSYGA.

El POS cubre programas de prevención como el control del embarazo y la atención del niño sano; servicios de tratamiento y rehabilitación como la atención médica, ayudas diagnósticas (que incluyen rayos X y pruebas de laboratorio), cirugías y fisioterapias; atención de las llamadas enfermedades catastróficas como el cáncer, el SIDA, la insuficiencia renal, y los trasplantes de cadera; atención en la unidad de cuidados intensivos y servicios de prevención y tratamiento odontológico.

Con relación a las instancias de gobierno del SGSSS, el Ministerio de Salud se configura como la cabeza rectora del Sistema y sus funciones son orientarle, regularle, supervisarle, vigilarle y controlarle. Adscrito a él, se creó el CNSSS como organismo de dirección, de carácter permanente. El CNSSS es una instancia de dirección colegiada donde hay representantes de los diferentes actores del SGSSS (Tabla 4). Entre sus funciones más relevantes están: definir el POS, definir el monto de la cotización, estimar el valor de la UPC, definir el régimen de cuotas moderadoras y copagos, definir los criterios de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, recomendar el régimen de tarifas de los servicios de atención hospitalaria y velar por el buen desarrollo del Sistema.

**Tabla 4. Integrantes del CNSSS: (15).**

Ministro de salud
Ministro de Trabajo y Seguridad Social
Ministro de Hacienda y Crédito Público
Presidente del Instituto de Seguros Sociales
Dos Representantes de Gremios empleadores
Representante de los trabajadores
Representante de los pensionados
Representante de los profesionales de salud
Representante de los Usuarios del sector rural.
Representante de las IPS
Representante de las Direcciones seccionales de salud
Representante de las Entidades Municipales de salud
Representante de las EPS (diferente del ISS)

### Un balance provisional del SGSSS

A escasos seis años de puesta en marcha del SGSSS, mucha tinta ha corrido con relación al balance que puede haber tenido la reforma instaurada. Para algunos analistas la situación del Sistema es favorable dada la brevedad del lapso transcurrido entre la implementación de la Ley y el momento presente; para otros, los problemas que se han generado son de tal envergadura que la reforma puede concebirse como un fracaso y, entre ellos, un buen número de estudiosos han hecho evidentes muchas de las limitaciones del modelo actual sin atreverse a afirmar que todo ha sido un fiasco (12-24).

A pesar de las discusiones que se han dado hasta la fecha y que hacen particularmente difícil tener una imagen completa y unívoca de la situación actual, se reconocen, en general, tres logros fundamentales del SGSSS: el aumento significativo de la afiliación al Sistema, el aumento de los recursos destinados a la salud y la apertura de opciones de aseguramiento dentro del Sistema. Con relación al primer aspecto, no obstante la diversidad de datos existente, según el CNSSS se estima que el total de afiliados en el año 1999 es de casi 23 millones de personas estando 13,6 millones cobijados por el régimen contributivo y 9,3 millones por el régimen subsidiado (25). En cuanto al segundo aspecto, se estima que la financiación pública de los servicios de salud paso del 1,36% al 2,46% del PIB (15). Por

## EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

último, se menciona la existencia de 47 EPS (20 de las cuales son entidades adaptadas) y de cerca de 220 ARS que cubren la totalidad del país (25).

En cuanto a los problemas y utilizando el esquema propuesto por Londoño y Frenk para describir las funciones de los sistemas de salud (26), se puede decir que el Sistema presenta dificultades en cuanto a la modulación, la financiación, la articulación y la prestación de los servicios.

Los cuestionamientos más reiterativos que se le han hecho al SGSSS, en términos de modulación, se refieren a la gran cantidad y dispersión de las reglamentaciones existentes, la incapacidad de los entes de vigilancia y control para cumplir eficazmente sus funciones de regulación efectiva de las perversiones que generan las imperfecciones del mercado de la salud y la ausencia de liderazgo del Estado, en particular del Ministerio de Salud, en la conducción del proceso de reforma (17, 27- 29).

Con relación a la financiación, se reconoce el incumplimiento por parte del

Gobierno de sus compromisos de contribución que bien podrían ascender al medio billón de pesos (20), el estancamiento que empieza a tener el régimen contributivo dada la crisis económica del país y el drama actual del desempleo, los altos costos de intermediación y, por último, los exagerados niveles de evasión que, para el primer semestre de 1996, se calculaban en \$146.575 millones (30).

Frente a la articulación, se ha hecho manifiesto el desagrado con el aumento de los trámites burocráticos de la intermediación, así como la preocupación porque la presión ejercida por las EPS y ARS sobre las IPS para la disminución de costos, al parecer, ha comenzado a producir un deterioro en la calidad de los servicios. Claro está que la discusión sobre la calidad de los servicios apenas está por desarrollarse con profundidad, en especial, después de que la Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios ha arrojado datos que señalan que las personas en el actual sistema están ejerciendo la libre escogencia de los profesionales que los atienden y que ellas consideran oportunos y satisfactorios los servicios

Rev Fac Med UN Col 2001 Vol.49 N° 1

médicos, diagnósticos y farmacológicos (31).

Con relación a la prestación de los servicios de atención médica, la situación crítica de los hospitales ha generado profundas dudas acerca de la viabilidad que puedan tener en el futuro estas instituciones, si continúan con la estrategia privilegiada dentro del sistema de autosostenibilidad a través de la venta de servicios (29, 32).

El debate sobre el SGSSS está abierto y candente, aunque ya se perciben los síntomas de aquel síndrome tan propio de los colombianos que consiste en dar por sentado la inexorabilidad de los hechos por la existencia de una ley escrita en el papel. Sin embargo, para dar continuidad a la discusión se ha hecho imprescindible, tanto para los defensores a ultranza del sistema como para los críticos del mismo, recopilar información de primera mano que permita evaluar con seriedad los logros y las fallas cometidas hasta el momento. Por ello, la construcción de un eficaz sistema de información se hace imprescindible, más aún, si se quieren tomar decisiones racionales sobre nuestro futuro.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Yépez A.** Seguridad social para todos los colombianos. Criterios para el desarrollo de las normas constitucionales. En: Reforma de la Seguridad Social en Salud. Cárdenas ME, Olano G (coordinadores). FESCOL, FES, FRB, Fund. Corona, Tercer Mundo Editores, Bogotá, 1992. p. 95-109
2. **Tono Ramírez TM.** Seguridad social en salud. En: Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Blanco JH, Maya JM. Medellín: (editores). CIB, 1997. p. 43-49
3. **Bustamante R.** Evolución y estado actual de la seguridad social en Colombia. En: La Seguridad Social: Una Prioridad Nacional. Memorias del I Foro de la Previsora. La Previsora S.A. Bogotá, 1989. p. 103-108
4. **Arbeláez RE.** Los seguros y la seguridad social. En: La Seguridad Social: Una Prioridad Nacional. Memorias del I Foro de la Previsora.. La Previsora S.A. Bogotá, 1989. p. 117-120
5. **Abello CD.** Las prestaciones económicas en la seguridad social. En: La Seguridad Social: Una Prioridad Nacional. Memorias del I Foro de la Previsora. La Previsora S.A. Bogotá, 1989.p. 277-287
6. **Michelsen J, Restrepo M, Uribe G, Castellanos J.** Seguro obligatorio de salud integral. En: Reforma de la Seguridad Social en Salud. Cárdenas ME, Olano G (coordinadores). FESCOL, FES, FRB, Fund. Corona, Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1992. p. 157-195
7. **Rodríguez O, Arévalo D, Ayala U, Arévalo El.** Estructura y crisis de la seguridad social en Colombia 1946-1992. CID, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional, Bogotá, s.f
8. Ministerio de Salud. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá, 1994.
9. Congreso de la República, Ley 100 de 1993 (diciembre 23) "por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones". En: Sistema de Seguridad Social. Ley básica. Postgrado Instituciones Político laborales. Facultad de Derecho. Universidad Nacional., Bogotá, 1996. p. 87-216
10. **Jaramillo I.** ¿Hay recursos para los más pobres? Análisis de la situación financiera del Régimen Subsidiado. Vía Salud 1998; (6): 7-13.
11. **Paredes N.** ¿De dónde sale la plata para la salud? Un acercamiento a la estructura de financiación del sector. Vía Salud 1998; (6): 23-28.
12. Ministerio de Salud. La reforma de salud en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe Final. Proyecto de la reforma del sector salud en Colombia. Escuela de Salud Pública Universidad de Harvard. Bogotá, abril de 1996.

13. **Restrepo M.** La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. CEPAL, Serie Financiamiento del Desarrollo. Santiago de Chile, 1997.
14. Asociación Colombia de la Salud, Fundación FES. La implementación de la ley 100: un reto, ASSALUD, FES, Informes técnicos1 Bogotá: Editora Guadalupe, 1997
15. **Forero de Saade MT.** Ley 100 cinco años: ¿Consolidación o contrarreforma?. Ponencia presentada en el Seminario del mismo nombre. Documento inédito, Santafé de Bogotá, noviembre de 1998. 7p. (copia del original).
16. **Chamucero R.** Boletín informativo del Representante de los trabajadores -CUT al CNSSS. Año 4, No. 10, julio de 1999.
17. SINTRAISS. La ley 100, un decálogo de las dolencias del sistema de salud. Documento. Santafé de Bogotá, febrero de 1999 (copia del original).
18. Movimiento Nacional por la Salud Pública. Elementos generales para la construcción de una política nacional de Salud Pública. En: Equidad y Política Social en Colombia (II). Cumbre social contra la pobreza, por la equidad y por la paz. Santafé de Bogotá, 1999: 173-182.
19. **Aguadelo C.** Sistema de Salud y Plan de Desarrollo: cobertura y equidad. Revista de Salud Pública 1999; 1(2): 117-127.
20. **Patiño JF** (editor). Ley 100 de 1993: reforma y crisis de la salud. Academia Nacional de Medicina. Santafé de Bogotá, 1999.
21. **Eslava JC.** Seguridad Social en Salud: reforma a la reforma. Revista de Salud Pública 1999; 1(2):105-116.
22. **Hernández M.** El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. Revista de Salud Pública 2000; 2 (2): 121-144.
23. **Céspedes JE, Jaramillo I, Martínez R, et al.** Efectos de la Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia sobre la Equidad en el Acceso y la Utilización de Servicios de Salud. Revista de Salud Pública 2000; 2 (2): 145-164.
24. **Franco A.** Seguridad social y salud en Colombia: Estado de la Reforma. Revista de Salud Pública 2000; 2 (1): 1-16.
25. CNSSS. Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las comisiones séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 1999 - 2000. Santafé de Bogotá, julio de 2000 (Material en disquete).
26. **Londoño JL, Frenk J.** Pluralismo es- tructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Salud y Gerencia 1997; (15): 1-28.
27. **Bossert T, Hsiao W, Barrera M, Alarcón L, Leo M, Casares C.** Los ministerios de salud en la era de la reforma de la salud: El caso de Colombia. Vía Salud 1999; (7): 5-16.
28. **Flórez BL.** La inseguridad de la seguridad social en Colombia. En: Colombia un país por construir. Problemas y retos, presentes y futuros. Amaya PJ (director). Universidad Nacional de Colombia. Edit. Bogotá: Unibiblos, 2000; 469-487
29. Facultad Nacional de Salud Pública. Memorias Seminario Taller Nacional "Salud para todos, resultados y retos para el siglo XXI: Balance de la reforma sectorial". Cartilla de Seguridad Social (5), 1998.
30. **Gallardo H, Camacho M.** La evasión en el sistema de salud de Colombia. Vía Salud 1998; (4): 5-12.
31. República de Colombia, Defensoría del Pueblo. Primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Santafé de Bogotá, 2000. p. 144
32. **González JI, Pérez Calle F.** Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. Coyuntura Social 1998; (18): 149-171.



Universidad Nacional de Colombia

**AEXMUN**

Asociación de Exalumnos de Medici-

## **X CONGRESO**

### ENFERMEDADES CRÓNICAS

29 de agosto a 1 de septiembre del 2001

#### **CONTENIDO PRELIMINAR**

- ◆ Osteoporosis
- ◆ Artritis reumatoidea
- ◆ Diabetes
- ◆ Hipertensión arterial
- ◆ Trastornos en el metabolismo del colágeno
- ◆ Embarazo y enfermedades reumáticas
- ◆ Enfermedad coronaria
- ◆ Enfermedad obstructiva arterial
- ◆ Enfermedades vasculares
- ◆ Enfermedades desmielinizantes

- ◆ Úlcera péptica y Helicobacter Pylori
- ◆ Osteomielitis
- ◆ Hepatitis B y C (Citomegalovirus)
- ◆ SIDA
- ◆ Simposio sobre Pediatría. Infecciones crónicas del niño
- ◆ Simposio de los residentes. Manejo crítico del paciente con problemas de enfermedad crónica

Cursos Precongreso: Esfuerzo. Nutrición. Dolor. Laboratorio Clínico. Terapia Transfusional.