

**DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD EN  
COLOMBIA**

**JOLETH ASTRID JIMÉNEZ GRANADA  
ALEJANDRA MARIA RAMÍREZ  
CLELIA ALEXIA ECHEVERRI MUÑOZ**

**GERENCIA DE IPS**

**JUNIO 2007**

## DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD COMERCIAL EN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

### 1. ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

El sistema Nacional de salud, fue creado en 1975 y se caracterizaba por la falta de universalidad, solidaridad y eficiencia. La falta de universalidad se expresaba principalmente en la insuficiente cobertura de la protección en salud de la población colombiana, la cual sólo estaba protegida por dos tipos de seguros de salud: la población afiliada al Seguro Social y la población que podía comprar seguros privados (pólizas de salud y medicina prepagada).

La falta de solidaridad del sistema se generaba en las enormes diferencias de recursos que se destinaban a la atención de distintos grupos poblacionales, con necesidades de salud diversas, a través de múltiples entidades exclusivas y excluyentes, además de obligantes, sin sistemas financieros que permitieran la ayuda mutua entre los afiliados y mucho menos de ellos hacia los más pobres que se quedaban por fuera de cualquier subsistema. Esta población era atendida por los servicios que pudieran ofrecer los hospitales públicos, pero no bajo un aseguramiento en salud, sino bajo el esquema de atención por demanda espontánea. En resumen, el sistema de salud se caracterizaba por: ser inequitativo e insolidario, desarticulado, familias sin cobertura, ineficiente, bajo en cobertura de aseguramiento, selectivo por capacidad de pago.

Aseguramiento en el Sistema Nacional de Salud: El concepto de aseguramiento sólo estaba restringido al Seguro Social y era una concepción de ser una especie de “cuenta de ahorros” para los gastos de salud y no la verdadera concepción de hoy de protección económica a un potencial riesgo de enfermar y de la gestión del riesgo en salud. Algunos datos de la época son: Sector oficial con los hospitales públicos atendían a un 40% de la población; población desprotegida: 25%; Seguridad Social un 18%; práctica privada 17%. Esto implicaba que la cobertura de aseguramiento en salud de la población total nacional por la Seguridad Social, era menor del 20%. De la población cubierta por la Seguridad Social, estaba a través de las Entidades de Previsión Social que prestaban sus servicios a los empleados del sector público, representada en esencia en las entidades de Seguro Social, Cajanal y Caprecom.

El 11% de la población nacional, tenía capacidad para pagar su atención y estaban inscritos en compañías de Medicina Prepagada, Pólizas de Salud o pagaban directamente (particular). Los servicios de salud del sector público, se financiaban con recursos públicos de los distintos niveles gubernamentales y con algunos pagos de los usuarios. Es importante aclarar que ésta era una población que no estaba asegurada por el estado, sino que acudía a la prestación de servicios de los hospitales públicos, por demanda espontánea y sometida al portafolio de servicios que los mismos podían prestarle.

Los Seguros Privados (Medicina Prepagada y Pólizas) en el Sistema Nacional de Salud antes de la ley 100 de 1.993: La Medicina Prepagada y Pólizas, encontraron su justificación o surgimiento en el propio mercado y su origen se derivó de dos núcleos principales:

- Las empresas que debían asumir los altos gastos de la atención de sus trabajadores y se vieron obligadas a buscar alternativas de financiación de la atención.
- Las familias que se veían en la necesidad de incurrir en atenciones costosas que podían llevarlas a la ruina.

Estas dos situaciones, estaban motivadas por la mala calidad de los servicios de atención de salud que existían y la poca cobertura que el sistema brindaba a la población, obligando a las personas a consultar casi en situaciones extremas. La Medicina Prepagada y Pólizas, se

basaban en el modelo de competencia administrada en Salud, donde se definían como grupos de prácticas multiespeciales que contrataban con las empresas o individuos para proporcionar un conjunto de servicios de salud a cambio de un pago o prima periódica, esperando así que ante la concurrencia de eventos y la necesidad de atención el gasto se desplazara a la compañía de seguros.

La Medicina Prepagada o Pólizas no están basadas en principios de solidaridad, por el contrario, el fundamento es que cada uno recibe en proporción a los aportes realizados. Desde el punto de vista legal, no funciona como un sistema de seguridad social sino como un contrato de aseguramiento, donde los usuarios son quienes determinan los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o su grupo familiar. Desde hace pocos años se expedieron decretos: 800 de 1.992, 1570 de 1.993 y 1486 de 1.994, que fueron implementados para satisfacer necesidades de la comunidad por la necesidad de claridad en la relación entre las partes y por ser la salud, un servicio público esencial. Por último podemos enunciar tres situaciones puntuales que ocurrían antes de la Ley 100 de 1.993 y que han venido cambiando actualmente:

- La población afiliada a Prepagada en 1.992 era 1.250.000 y actualmente sólo es de 850.000 afiliados (diciembre de 2006)
- Para pertenecer a la Prepagada actualmente se exige tener un POS que antes de la ley 100 del 93 no se exigía. Esta es una obligación constitucional por el artículo 48 de la constitución política que reza que la Seguridad Social es un derecho irrenunciable de los colombianos, luego todos deben de tener Seguridad Social, independiente de si tienen capacidad de compra de seguros privados (pólizas y medicina prepagada).
- Al no existir legislación para las Prepagadas antes de la ley 100 del 93, existían en Colombia 82 grupos que prestaban estos servicios, en la actualidad sólo hay 26 entidades autorizadas por la superintendencia de salud.

## 2. LEY 100 DE 1993

Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que dispone 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 desarrollen 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.

**ASEGURAMIENTO EN SALUD:** La ley 1122 de enero 9 de 2007 nos ofrece la siguiente definición: entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

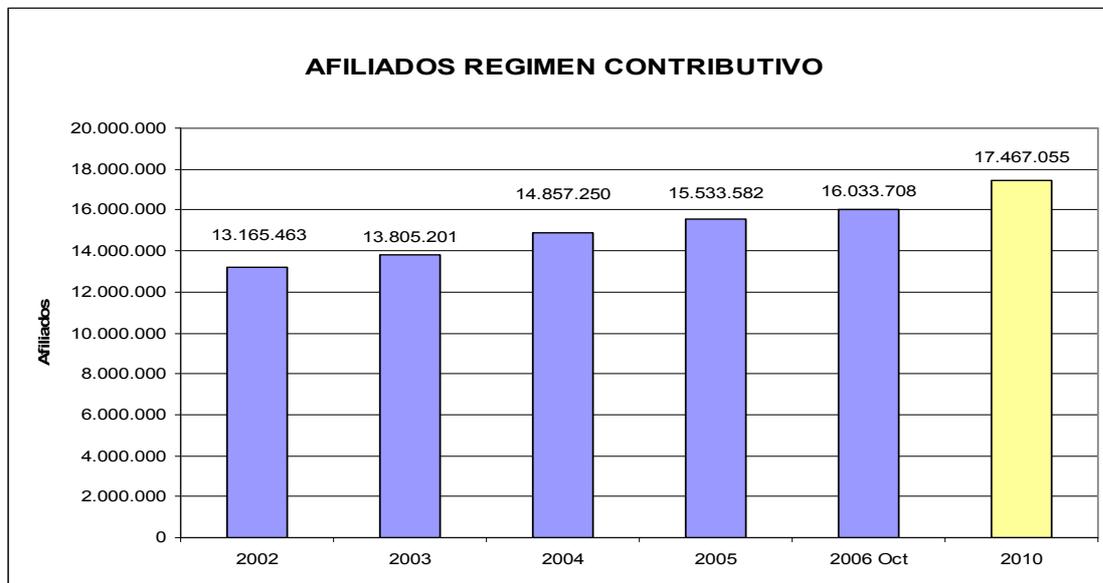
**REGIMENES EN SALUD:** el régimen contributivo es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. El régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a

través del pago de una cotización subsidiada, total o parcial con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la ley.

**DEFINICION DE PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS):** Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria. El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias. El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

### 3. ESTRUCTURA ACTUAL DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD EN COLOMBIA

Con base en los datos publicados por el Ministerio de la Protección Social en marzo de 2007, la siguiente es la cobertura del Sistema de Seguridad Social en Salud para el régimen contributivo proyectada hasta el año 2010:



Los datos más recientes de la participación del mercado de cada EPS, con base en el porcentaje de aseguramiento que cada una tiene por el número de afiliados, son del año 2006, reportados en el informe del CNSSS a la comisión séptima del senado, informe que se presenta cada año, como lo ordena la ley 100 de 1993. Estas cifras son con el cierre de afiliados a diciembre de 2005, que para diciembre de 2006 no cambian dramáticamente:

EPS	Cotizantes	Beneficiarios	Adicional	Total General	% Participación
E.P.S. Saludcoop	1.232.092	1.814.281	11.745	3.058.118	19,80
Instituto de Seguros Sociales E.P.S.	1.368.943	1.276.175	32.567	2.677.685	17,33
Coomeva E.P.S.	1.042.048	1.090.493	8.488	2.141.029	13,86
Salud Total S.A. E.P.S.	481.146	699.269	4.697	1.185.112	7,67
E.P.S. Famisanar LTDA.	414.682	396.157	3.621	814.460	5,27
Cafesalud E.P.S. S.A.	333.877	383.680	2.543	720.100	4,66
SuSalud EPS - (Suramericana)	334.245	349.035	7.909	691.189	4,47
E.P.S. Sanitas S.A.	312.508	300.936	10.224	623.668	4,04
E.P.S Servicio Occidental de Salud - S.O.S.	262.315	328.192	2.632	593.139	3,84
Compensar E.P.S.	263.518	272.677	3.549	539.744	3,49
Cruz Blanca E.P.S. S.A.	254.877	278.271	1.412	534.560	3,46
Humana Vivir S.A. E.P.S.	180.701	261.098	2.479	444.278	2,88
Colmedica E.P.S. S.A.	169.945	180.281	3.298	353.524	2,29
EPS Prog. Comfenalco Antioquia	141.877	151.173	2.383	295.433	1,91
Comfenalco Valle E.P.S.	121.985	136.009	1.945	259.939	1,68
Solsalud S.A. EPS.	112.465	142.221	481	255.167	1,65
EPS Servicios Médicos Colpatría	42.972	41.586	895	85.453	0,55
Red Salud Atención	36.505	38.019	137	74.661	0,48
Saludvida S.A. EPS	24.468	27.988	70	52.526	0,34
Saludcolombia EPS S.A.	22.579	24.320	245	47.144	0,31
	7.153.748	8.191.861	101.320	15.446.929	100,00

Podemos observar que el sector privado concentra la mayor participación del mercado con un 82.67%, mientras que la única EPS de origen estatal actualmente, el Seguro Social (hoy en transformación), solo tiene el 17.33%. Cabe resaltar que el grupo Saludcoop sumando las EPS que lo conforman (Saludcoop-Cruz Blanca-Cafesalud) tiene una participación de mercado del 27.92%. Esto es un claro reflejo de la dinámica de mercado que se ha motivado por el aseguramiento generado por la ley 100 de 1993, además de ratificado y consolidado con la reciente ley 1122 de 2007 de ajustes del Sistema de Seguridad Social en Salud. La acción comercial de los aseguradores privados es evidente con esta participación de mercado.

**4. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LAS ACCIONES DE MERCADEO DE LAS ASEGURADORAS**  
Haremos una descripción muy general de las estrategias comerciales de las aseguradoras de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) y las de seguridad social en salud, basados en las variables clásicas del mercadeo: productos (servicios), precios, plaza (ubicación) y promoción (comunicación), teniendo presente que esta descripción obedece la experiencia y percepción de los autores del artículo y del asesor del mismo.

Las entidades de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) están en Colombia desde los años sesenta, y su esencia es la creación de productos de aseguramiento para un mercado de personas pudientes y de empresas que desean comprar planes colectivos de salud, bien por cumplimiento de convenciones sindicales o por incentivos para el talento humano. Al ser un seguro privado, se rige por unas cláusulas de un contrato entre civiles, los cuales son libres de aceptarlas o no, esto es importante, porque influye en el diseño del producto. Aunque es un seguro privado, el estado lo reglamenta bastante, por tratarse de servicios de salud, que son un servicio público esencial.

En cuanto a la variable de los productos (servicios) que las entidades de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) ofrecen, se basan en esencia en el cubrimiento de amplios servicios hospitalarios y ambulatorios que en términos generales cubren la mayor parte

de necesidades de los clientes. Cabe una aclaración frente a las pólizas, pues estas lo que cubren es un tope económico (por ejemplo 500 millones por año/persona), para una prestación de servicios de salud, mientras las medicina prepagadas cubren un plan de beneficios sin topes económicos (no hay límite de cobertura económica). Tienen varias características que afectan el diseño del producto y la selección del cliente, por ejemplo los criterios de ingreso, las exclusiones y los periodos de carencia. En las EPS el estado define las coberturas del seguro y estas no pueden ser modificadas.

Con base en estos criterios, las compañías privadas compiten en el diseño de los productos de aseguramiento y buscando a la vez segmentar el mercado. Existen por ejemplo empresas que cubre material quirúrgico que otras no cubren, a su vez, otras empresas por ejemplo cubren al recién nacido, mientras otras no lo cubren, es decir, diseñando el producto, tratan de diferenciarlos por sus coberturas. La segmentación ocurre cuando diseñan un producto completo para un segmento específico, por ejemplo, hay una compañía de medicina prepagada que tiene tres claros productos para cada una de estas clases sociales: alta, media alta y media. Los diferencian por el número de servicios que cubre y por la red de clínicas que ofrecen, siendo diferentes para cada producto. En general la actividad comercial de las empresas de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) en Colombia, ha sido positiva respecto al producto y han logrado dar respuesta a la mayoría de necesidades de coberturas que el mercado les ha requerido.

Si analizamos el precio que han manejado las empresas de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud), podemos decir que en general han cumplido su propósito de lograr rentabilidad, pues se han concentrado en los segmentos de altos ingresos de la población colombiana, demostrado en la participación de mercado, tomando la población general, lo cual refleja una cobertura del un 7% aproximadamente. A su vez, el precio de los productos de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) ha logrado contribuir a la segmentación del mercado (acorde con la estrategia de producto), pues en general, todas las entidades de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) tienen al menos dos productos que se diferencian por su precio y lógicamente por sus coberturas. En la seguridad social, el valor del ingreso lo define el estado con la UPC, la cual tampoco pueden modificar las EPS.

La variable precio ha impedido que logren una mayor extensión de mercado, y también se han visto afectados por la imposición del IVA desde el año 2002, en el caso de las medicinas prepagadas. No se ha visto al menos muy abiertamente, el que utilicen una “guerra de precios” para captar usuarios, en los productos diseñados para personas y familias, cosa distinta en la competencia por los clientes empresariales para los productos colectivos, en los cuales las estrategias de ofrecer precios bajos son muy frecuentes o diferenciarse por más coberturas, a un precio mas bajo que la competencia.

Frente a la distribución de los servicios (plaza) de los seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud), su presencia geográfica indica en esencia que están en las seis o siete ciudades más grandes de Colombia, siendo Bogotá la que agrupa al menos un 50% de este mercado. La distribución de servicios la han realizado con oficinas propias para atención de los clientes y aunque podría ser una variable que los diferencie más, todas en general han sido muy estáticas en estos mercados, pudiendo ser mas agresivas penetrando nuevos mercados de ciudades intermedias que pudieran sumar un mercado interesante de personas con un buen ingreso económico. Las EPS han tenido también un comportamiento muy geográfico como zonas de influencia comercial, concentrándose en las grandes ciudades.

Sobre la variable de promoción (comunicación con el mercado), compuesta a su vez por tres estrategias (fuerzas de ventas, relaciones públicas, publicidad), las compañías de seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) han sido activas pero no muy agresivas. Sus posicionamientos no son fuertes en la población en general, pero hay que reconocer que hacia los segmentos de su interés, si hay buena comunicación. La principal estrategia que han aplicado es la comunicación y ventas con los vendedores, es una estrategia muy similar a la industria farmacéutica. Igualmente las EPS han aplicado las mismas estrategias, siendo la publicidad muy precaria y muy general con falta de continuidad.

En cuanto a los planes de relaciones públicas, al menos en lo que dejan conocer y percibir, es una estrategia pobre, no muy desarrollada, pues su gremio (Acemi) no se observa en los medios de comunicación defendiendo los intereses propios ante las entidades y públicos de opinión influyentes. Mientras que si lo han hecho bien ante el gobierno y el congreso.

Frente a las campañas de publicidad, en general las han utilizado para el posicionamiento de marca, pero sus inversiones no son muy altas, porque se ha preferido la estrategia de las fuerzas de ventas. Una descripción general de sus páginas Web actuales, nos muestran lo siguiente como características comunes y generales:

- La mayoría son de fácil acceso y estéticas
- Tienen mucha información en la primera entrada, a veces difícil de buscar
- Casi todas tienen el portafolio de servicios
- Todas tienen pocas páginas como sitio completo
- Algunas tienen códigos de acceso para los usuarios
- Los menús son pocos
- Podríamos concluir que el enfoque de las páginas Web esta en una etapa informativa, más que una interactiva, lo que también refleja que frente a Internet las EPS y seguros privados (Medicina prepagada y pólizas de salud) han sido más bien pasivas y de expectativa ante el desarrollo de las posibilidades Web.

## 5. CONCLUSIONES

Desde la perspectiva del usuario, podemos decir que se han mejorado muchos aspectos, como los siguientes: mayores opciones para el aseguramiento, respeto por la libertad de elección, sistemas de calidad reglamentados y con claras exigencias para los actores obligándolos a escuchar al cliente, mayor conciencia en la población sobre derechos y deberes para con el sistema de salud, mejora en la dinámica comercial al comenzar a convertirse la calidad en el referente competitivo entre los aseguradores.

Para las empresas ha sido sin lugar a dudas una experiencia muy importante afinar las estrategias comerciales, porque se han dado cuenta que solo con buenos planes de mercadeo, pueden ganar y mantener los mercados de aseguramiento. Actualmente están en la etapa de fidelización de los clientes afiliados, ya que hasta que las tasas de desempleo no bajen sustancialmente, el crecimiento será lento y la única alternativa empresarial es comprar empresas similares para crecer en volúmenes importantes.

Para la sociedad en general y el sistema de salud, se espera que la competencia se centre en la calidad y que sea esta la que cada vez más depure el mercado, caso que se puede sustentar con lo que le ha pasado a la EPS Seguro Social, la cual es evidente que por su pésima calidad del servicio, ha hecho que sufra la transformación que esta viviendo para bien de los usuarios afiliados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mercadeo Integral en Servicios de Salud, Editorial CES, Juan Gonzalo Alzate
2. Fundamentos de salud Pública, Editorial CIB, Segunda Edición.
3. La reforma a la Seguridad Social en Salud, República de Colombia, Ministerio de Salud, Primera Edición.
4. Periódico El Pulso, Director: Julio Ernesto Toro. Artículos: Editorial "Mercancía Barata" - Debate: El Mercadeo de salud entre la ética y las ganancias – Debate: El Mercadeo no riñe con la ética.
5. Páginas WEB de EPS Y Prepagadas: Colmédica, Salud Total, Cafesalud, Sanitas, ISS, Compensar, Susalud, Comfenalco Valle, SaludCoop, Humana Golden Cross, Capresoca, SolSalud, CaliSalud, SelvaSalud, Salud vida, Salud Colombia, Comfenalco Antioquia, Coomeva
6. Entrevista con el Dr. Víctor Agudelo Escobar, Director Médico del Clinicentro Colsanitas,
7. Ley 100 de 1993
8. Ley 1122 de 2007
8. Entrevista con el Dr. Darío Betancur, Director Médico de EMI
9. Página WEB de la Superintendencia de Salud