

## Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud

Los principios en que se fundamenta la Ley 100 de diciembre 23 de 1993 son buenos porque corresponden a una concepción moderna de justicia y seguridad social integral. La adecuada ejecución de la ley puede constituir una verdadera reforma de aseguramiento universal independiente de la capacidad económica de las personas y un comprensivo plan de beneficios. Atiende a la dignidad de los grupos de menores recursos, a los cuales confiere la capacidad de escoger, opinar e influir sobre el sistema de salud, en vez de ser ellos sujeto pasivo de recepción de servicios. Al abrir el "mercado de la salud", estimula la asimilación y la inserción social del enorme avance científico y tecnológico de la medicina. Se basa en un modelo de cobertura universal y de competitividad derivada de la libre escogencia por un usuario consciente de la calidad y de los costos. El modelo se orienta a promover calidad y economía en un sistema de administración eficiente. Es la hipótesis de la competencia regulada.

Tales principios y objetivos son inobjetable. Además, la ley ha significado un importante crecimiento de los recursos disponibles para el sistema. Sin embargo, su implementación exhibe grandes fallas y ha resultado en una crisis de enormes proporciones, tal vez sin antecedente en la historia del país. Paradójicamente, la reforma, que abre un vasto panorama de equidad social, lleva al consumo de los nuevos y cuantiosos recursos por un costoso mecanismo de intermediación y por utilidades corporativas, lo cual ha contribuido significativamente a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, especialmente de los hospitales públicos. Así mismo, la ejecución de la reforma, al crear serios peligros en cuanto a calidad, en última instancia viene a ser una riesgosa reconceptualización de la moral social.

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

El principal de ellos es el deterioro de la calidad de la atención, precisamente en momentos en que ésta debe ser óptima, en pleno auge de la sociedad del conocimiento y cuando las instituciones del sector habían hecho enormes esfuerzos por modernizar su tecnología y adecuar sus estructuras para mayor beneficio comunitario. La tecnología, racionalmente empleada, es un parámetro de calidad y su adecuada utilización depende de la idoneidad profesional, por cuanto la tecnología no es sino la metodología instrumental para ejecutar una decisión basada en evidencia científica.

El acto médico es un ejercicio en humanismo, lógica deductiva y manejo intelectual de la información, fundamentado en la relación médico-paciente,

la cual incorpora la confianza mutua como baluarte insustituible. La reforma inducida por la Ley 100 convierte al paciente, ser humano con dimensiones individuales de espiritualidad y de funcionamiento orgánico, en usuario, concebido ahora como cliente y consumidor de un producto industrial. Es la corporatización y la comercialización del acto médico, cuya administración ha sido delegada en entes intermediarios, las aseguradoras, EPS, ARS y ARP que conforman una nueva industria, la industria de la salud.

En esencia, la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comercializadoras, con lo cual las empresas suplantán la gobernación política, y el concepto del rendimiento industrial aplasta la milenaria moral hipocrática. La ética médica, cuyo objetivo inefable es el bien social, es reemplazada por una todavía no bien definida "ética corporativa", donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal.

La crisis lleva a cuestionar la responsabilidad moral de las entidades de intermediación creadas por la Ley 100 de 1993, cuyas normas de conducta administrativa exhiben fallas que, en algunos casos, ya han resultado en acusaciones formales. Esto demuestra una alarmante ausencia de la autoridad del Estado y una inadmisibles falla en los mecanismos de control, pero también un defecto en la estructura misma del nuevo sistema.

En conclusión, la Academia Nacional de Medicina después de haber realizado, durante el último año, un comprensivo estudio de la reforma en sus tres aspectos principales, a saber, el teórico, el estructural y el operativo, percibe que en el aspecto teórico de la competitividad controlada, el elemento de control ha sido casi inexistente y contrasta, por ejemplo, con los rígidos controles vigentes en la administración del régimen de pensiones. En lo estructural, anota un serio defecto, como es la sorprendente ausencia de un sistema de información y de registro único, pilar fundamental en cualquier programa de salud. En el aspecto operativo, la Academia encuentra una nociva complejidad que crea trabas burocráticas, dispendio y demoras perjudiciales en el flujo de los recursos a su destinatario final, que son las IPS. Y señala serios defectos de operatividad administrativa, de control y de destinación social eficiente de los recursos que ingresan al sistema, por lo cual considera especialmente inconveniente la intermediación con ánimo de lucro en el régimen subsidiado. La Academia ve con profunda preocupación el estado de crisis de las instituciones hospitalarias, resultado de la

iliquidez causada en buena parte por el consumo de los recursos, por el costo administrativo y las utilidades de las entidades intermediarias, lo cual se suma a los efectos devastadores de la corrupción y la interferencia política.

La Academia Nacional de Medicina declara que la protección de los mejores intereses de la sociedad no puede residir en la legitimación, a toda costa, del intermediario, cuya actividad económica no siempre persigue beneficio comunitario; por el contrario, debe buscar el fortalecimiento del aparato gubernamental de normatización y control. Y sobre todo, la salvaguardia de la medicina como profesión y como ciencia, con su fundamental estructura humanística, ética y deontológica, que constituye la única garantía para asegurar la salud del individuo y la comunidad.

## Conclusiones y Recomendaciones

Con base en el estudio realizado por su Comisión Permanente de Salud, la Academia Nacional de Medicina reafirma la validez de los principios de beneficio social que motivaron la promulgación de la Ley 100, la cual introdujo profundas reformas en el sistema de atención de la salud, pero que ha demostrado serios defectos en su implementación, reglamentación y ejecución que se traducen en la actual profunda crisis del sistema.

La Academia llegó a conclusiones y definió recomendaciones, así:

### Conclusiones

1. En la implementación de la Ley no se tuvieron en cuenta las notables diferencias en los niveles de desarrollo regional de Colombia.
2. No hay mecanismos efectivos de control.
3. No existe infraestructura de información segura y confiable.
4. Se observa incapacidad administrativa y falta de seguimiento y control en el sistema, concomitante con falta de educación del usuario.
5. Se implantó la figura del intermediario/asegurador con fines de lucro, convirtiendo la salud en un bien de mercado.
6. Los derechos del usuario han sido definidos en cuanto a su relación con las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y los médicos (por iniciativa de éstos), pero no en cuanto a su relación con el intermediario/asegurador.
7. Paradójicamente, se incrementaron los recursos del sector en forma significativa, pero hoy se

observa una honda crisis en el sistema, de la cual se inculpa en gran parte al Estado y a los mecanismos de la intermediación.

8. La ejecución de la Ley ha conducido a un deterioro en la calidad de la prestación de los servicios de salud. No existen acciones orientadas al fortalecimiento del profesionalismo y del capital intelectual del sistema, con el consiguiente detrimento del acto médico.
9. En cuanto a los recursos destinados al sistema se encontró:
  - Un buen porcentaje fue consumido por la burocracia administrativa y las utilidades de la intermediación.
  - Los recursos no fluyeron en forma rápida y eficiente debido a las múltiples instancias interpuestas en el sistema que incrementaron las trabas de tipo administrativo y las oportunidades de corrupción.
  - Se hicieron pagos indebidos por afiliación múltiple dentro del régimen subsidiado y en ocasiones concomitantes con el régimen contributivo. Similar situación anómala se observa en el régimen contributivo.
  - Se registra el uso de "utilidades" del régimen subsidiado para cubrir las pérdidas en el régimen contributivo. UPC y amplitud del POS.

Lo anterior es reflejo de un alto nivel de improvisación en la implementación de la reforma.

### Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones apuntan a corregir los defectos de implementación que impidieron el debido cumplimiento de los propósitos de la Ley.

1. El Gobierno debe cumplir los compromisos de contribución al sistema (*pari passu*). No obstante, la Academia recomienda que sólo se realicen una vez se hayan corregido los defectos estructurales y de ejecución en el régimen subsidiado.
2. Suspender la afiliación al régimen subsidiado hasta cuando se hayan corregido sus defectos con el propósito de salvaguardar los recursos, pero asegurando la prestación del servicio a las clases necesitadas mediante el continuado subsidio a la oferta en los hospitales públicos.
3. Crear de inmediato un sistema único de registro para la totalidad de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual debe ser administrado por una entidad autónoma de reconocida competencia y credibi-

lidad. Una vez establecido, éste debe ser la puerta de ingreso al sistema.

4. Crear un Fondo de Educación Médica de Postgrado e Investigación, a modo de subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), bajo la dirección del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), con la contribución económica pero sin interferencia de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y demás empresas intermediarias, con la asesoría y colaboración de la Academia Nacional de Medicina, ASCOFAME, ICETEX y COLCIENCIAS.
5. Establecer mecanismos orientados al fortalecimiento de la medicina como profesión y como ciencia, creando instrumentos que aseguren el crecimiento y la actualización del conocimiento biomédico y estableciendo programas y actividades de capacitación e información que garanticen la continuada idoneidad del profesional. Se recomienda establecer la recertificación periódica mediante la acumulación de créditos por educación y capacitación.
6. Establecer el soporte de documentación científica para la toma de decisiones con base en la evidencia objetiva. Esto significa la estructuración de un sólido sistema de documentación bibliográfica e informática biomédica, basado en centros de documentación y consulta fácilmente asequibles.
7. Reformar la Ley 30 de 1992 a fin de racionalizar la creación de nuevas facultades de medicina y proceder a clausurar aquellas que no cumplan los requisitos de calidad establecidos por el Consejo Nacional de Acreditación y Ascofame.
8. Implementar un plan de innovación del currículum médico y de las profesiones de salud mediante la colaboración de la Academia Nacional de Medicina, FEPAFEM y ASCOFAME.
9. Definir claramente los derechos del paciente que ingresa al sistema a través de las entidades intermediarias, para otorgarle veeduría de su operación.
10. Implantar sistemas de auditoría de las IPS sobre las EPS y demás instituciones intermediarias.
11. Eliminar las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y trasladar sus funciones a las Secretarías de Salud, haciendo la excepción de aquellas Cajas de Compensación Familiar que hayan demostrado su buen desempeño.
12. Considerar la viabilidad de convertir las EPS en entidades sin ánimo de lucro.
13. En cuanto al régimen de riesgos profesionales, se recomienda que un porcentaje de las cotiza-

- ciones sea trasladado directamente a las EPS con el fin de cubrir la prestación de servicios por accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
14. Fortalecer los mecanismos de control y fiscalización del Ministerio y las Secretarías de Salud y estudiar la viabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud.
  15. Retornar al Ministerio y a las Secretarías de Salud los recursos y las acciones de salud pública, promoción, prevención y vigilancia epidemiológica, sustrayéndolas de los planes obligatorios de salud.
  16. Establecer un mecanismo único de facturación y de presentación de cuentas a los entes intermediarios.
  17. Elaborar un reglamento administrativo único que integre, facilite y agilice la profusa y compleja normatización existente.  
Implementar un plan de contingencia, de carácter urgente, para dar solución inmediata a la crítica situación financiera de los hospitales.

Del Libro:

*"Ley 100 de 1993:*

*Reforma y Crisis de la Salud"*

Editado por el Académico José Félix Patiño Restrepo  
y la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina de Colombia