

PRONUNCIAMIENTO DE LA ACADEMIA FRENTE A LA LEY 100 DE 1993

Dr. José F. Patiño y Comisión de Salud

A los 10 meses de iniciado el estudio, en febrero de 1999, la Academia publicó el correspondiente informe bajo el título “*Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud. Impacto de la Reforma de la Seguridad Social en Salud sobre la Medicina como Profesión y como Ciencia*”, que fue ampliamente divulgado. En esta publicación se hicieron recomendaciones muy precisas tendientes a corregir los graves defectos en la ejecución y puesta en práctica de la Ley 100 que han causado tan honda crisis en el sector de la salud, una crisis realmente sin antecedentes en la historia de Colombia, y que ha afectado principalmente a los hospitales públicos y al sector más desprotegido de la población.

La Academia registra con perplejidad que esta crisis haya ocurrido cuando, precisamente como consecuencia de lo establecido por la misma Ley 100, existe una abundancia de recursos destinada al sector, también sin precedentes en la historia del país.

Por todo ello, la nación entera se pregunta ¿qué se han hecho, a dónde han ido los recursos?

Un factor causal de lo que bien puede ser un sobrecogedor despilfarro de dineros públicos, es haber iniciado la operación de la Ley 100 sin una adecuada infraestructura de información, prácticamente sin mecanismos de control y bajo la concepción de crear una nueva industria, la industria de la salud.

Se puede afirmar que buena parte de los recursos destinados a la atención de la salud en Colombia, muy superiores a los disponibles antes de la Ley 100, no se invierten en atención, como consecuencia del considerable consumo en costos y utilidades de la intermediación.

Se esperaba que el **poder del mercado** produjera la contención de costos; esto significaría que sólo podrían contenerse reduciendo el ingreso de los proveedores, Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y de los profesionales de la salud. Como dice Theodore R., Marmor, profesor de la School of Management de Yale, “la ley más importante en economía médica es que los

gastos siempre iguallen a los ingresos”. Por supuesto, el lucro resulta de disminuir el gasto y aumentar las entradas.

Marmor dice, refiriéndose al futuro de la atención de la salud en los Estados Unidos, que estamos comenzado un período de realineación de fuerzas en la medicina, en gran parte vinculado al bienestar económico general. Actualmente el paciente encuentra restringidas sus opciones, más por objetivos financieros que por razones de cuidado médico. Al producirse un cambio en el bienestar, se planteará la disyuntiva de si las fuerzas de reforma se inclinarán a seguir conteniendo costos o, más bien, a proteger al paciente de las mencionadas restricciones.

En Colombia, donde las condiciones económicas son críticas, el impacto de la situación en salud lo siente el público casi con la misma intensidad que si se tratara de cambios similares en la canasta familiar.

Existe claro desequilibrio en las expectativas de quien acude al intermediario como *cliente*, como comprador de un producto, el seguro de salud, con una visión económica, y de quien acude al proveedor como *paciente*, con esperanza de calidad.

La Academia ha insistido sobre la diferencia entre “cliente” y “paciente”. Cliente es la fuente de ingreso para el intermediario. El objetivo del intermediario es el lucro, y éste será mayor en la medida que no gaste en servicios. El lucro aumenta cuando no se presta el servicio que ya ha sido pagado, lo cual es frecuente en el régimen subsidiado, donde el cliente generalmente es una persona poco informada sobre sus derechos y, con frecuencia, geográfica o socialmente aislada. Tal persona no demanda servicios. También ocurre, por supuesto, en el régimen contributivo, pero en menor escala.

Otro mecanismo para mayor lucro es el no-pago, el menor pago o la retención del mismo. Esto se logra mediante diversas maniobras, la primera de las cuales es la glosa de las facturas provenientes de las Instituciones

Prestadoras de Salud (IPS). La glosa es un mecanismo maquiavélico, que se facilita por la absurda complejidad y diversidad de los métodos de facturación.

Con razón se ha dicho que en el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se glosan las cuentas de las IPS, pero no se glosan las de los intermediarios, aun si su facturación es defectuosa.

Por otra parte, hoy la atención de la salud en Colombia es tal vez la más regulada del mundo, con un maremagnum de más de 480 decretos y disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, consecuencia de la falta de una normatización racional y comprensiva por parte del Estado, que empeora notoriamente la situación que se acaba de mencionar.

La Academia ha insistido en la necesidad de crear una sólida infraestructura de información en el SGSSS, para lo cual se requiere un buen método de registro epidemiológico, diseñado por expertos.

La Academia apoya, por supuesto, los Registros Individuales de Atención (RIA) como mecanismo de información, pero debidamente planeados para que su ejecución no obstaculice más el trabajo ni viole la confidencialidad del acto médico. El mecanismo de los RIA alcanzó a convertirse en instrumento para facilitar a los intermediarios la demora del pago a las IPS.

Afortunadamente el Ministerio de Salud está corrigiendo la norma, porque de otro modo llevaría a mantener un rechazo general, sobre todo si su entrega quedara atada a la facturación, lo cual sería grave error, tanto administrativo como ético.

También es mecanismo de mayor lucro el cobro por parte de los intermediarios por afiliación doble y múltiple, clara manera de fraude al Estado. Esto puede deberse a negligencia, incompetencia o mala fe. En efecto, por razón de la increíble ausencia de un sistema de información, de un registro único de aportantes, tanto las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) presentan duplicación y multiplicación en las afiliaciones. Este fenómeno, conducente a un indebido e intolerable despilfarro de los dineros públicos, fue detectado primero por la Secretaría de Salud de Bogotá, donde en buena hora se tomaron las medidas correctivas pertinentes, y ahora ha sido denunciado en otras entidades por la Superintendencia Nacional de Salud. Recientemente la Superintendencia ha editado en un ágil formato electrónico el listado único de afiliados al SGSSS, el cual viene a convertirse en un verdadero comprobador de derechos. Este es tal vez el logro más

positivo en cuanto a controlar la irracionalidad actual del SGSSS, y la Academia felicita a la Superintendente Nacional de Salud por esta realización. Cabe preguntar por qué sólo se hace 6 años después de expedida la Ley 100. Por lo demás, tal fenómeno ha puesto en evidencia que las cifras oficiales de cobertura deben ser corregidas a la luz de las cifras reales, las cuales demuestran una cobertura significativamente menor. El Informe de Actividades 1998-1999 que el Ministerio de Salud presentó al Congreso de la República, tomado de la página de Internet del Ministerio de Salud, indica:

A diciembre de 1998 se encontraban asegurados a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud 24.960.524 colombianos que representan el 60.4% de la población total, de los cuales el 65.8% es decir 16.433.463 afiliados (esta cifra incluye inscritos activos en mora o suspendidos) incluyendo 342.739 de las entidades adaptadas pertenecen al Régimen Contributivo y 8.527.061 correspondientes al 34.2% son beneficiarios del Régimen Subsidiado. Se destaca la cobertura alcanzada en los departamentos de Santander con el 75.3% y Antioquia con el 72.3% y en Santafé de Bogotá con el 81.2%”.

Las cifras anteriores no corresponden a los estudios adelantados por la Superintendencia Nacional de Salud y presentados a la Academia Nacional de Medicina. Por ejemplo, la cifra real de cobertura en el Régimen Contributivo podría estar alrededor de los 11 millones (en el mes de marzo de 1999), según el estudio de compensación realizado por la Superintendencia Nacional de Salud.

La Comisión de Salud mira con profunda preocupación el decreto 047 de enero 19 de 2000, por cuanto la aplicación de su artículo 23 impediría la investigación de las entidades que reciben los recursos del SGSSS.

En febrero de 1999, cuando la Comisión de Salud de la Academia Nacional de Medicina comprobó la ausencia de una infraestructura de información en el SGSSS y la carencia de un registro único de aportantes, propuso que no se hicieran y no se renovaran contratos con aquellas ARS que no presentaran una depurada base de datos con la debida identificación de sus afiliados. Por diversas circunstancias se renovaron los contratos, y la pérdida de miles de millones de pesos de dineros públicos ha sido la consecuencia. En el año 2000, y ante las denuncias que ha hecho la Superintendencia, la Academia Nacional de Medicina reitera esta recomendación, ahora con carácter perentorio.

La falta de control efectivo contribuye al lucro excesivo por parte de las EPS, ARS y también de las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP), cuya

función debe ser cuidadosamente analizada, o, mejor, escudriñada. La propia Superintendente Nacional de Salud, quien cumple una labor debe ser motivo de reconocimiento nacional, ha manifestado las enormes limitaciones que padece.

La implementación de la reforma de la seguridad social sin controles y sin una infraestructura de información tenía que llevar, irremediablemente, al tremendo fracaso que hoy sufrimos.

¿Cuál es el papel del Estado y del Gobierno en particular, en este momento de honda crisis en el sistema de atención de la salud en Colombia?

Como es obvio, la obligación del Estado es redefinir el mecanismo de financiación y establecer quién debe recibir los beneficios. Ante todo, definir si la atención de la salud es una empresa social, o sea, un servicio público, o es una oportunidad de negocio. El ex ministro Juan Luis Londoño, gestor y autor de la Ley 100 de diciembre de 1993, ha dicho que el sistema recibe hoy más recursos que nunca, pero que la mitad de la plata se pierde. Y dice esto a los seis años de vigencia de la Ley 100. Ello significa que Colombia lleva seis años despilfarrando sagrados dineros públicos mientras la red de hospitales colapsa, su tecnología perece en la obsolescencia y la medicina sufre un grave problema de desprofesionalización. El resultado final de una reforma planteada con nobles ideales es un desastre sin precedentes en la historia del país.

Pero no ha sido desastre para las EPS, ARS y ARP. Para los entes intermediarios ha sido una magnífica e incontrolada oportunidad de negocio. ¿Es esto compatible con la moral social? Si el Estado entra de lleno, en forma urgente y decidida, a corregir los graves defectos estructurales y de implementación de la Ley 100 de 1993, y recupera los cuantiosos recursos que hoy están disponibles para aplicarlos al beneficio del paciente, con énfasis primordial en la población más pobre, Colombia tendría un sistema de salud de muy alta calidad.

Una fuente de gran preocupación es el Instituto de Seguros Sociales. A sus reconocidos problemas estructurales y económicos se añaden las sanciones que limitan el ingreso de nuevos afiliados y estimulan la desafiliación de la población económicamente activa, lo lleva a quedarse sólo con la población de edad avanzada y con los pensionados. Esto, a todas luces, conducirá a su total colapso. El ISS es un patrimonio social de Colombia y su presencia constituye un elemento moderador en lo que hoy se denomina “el mercado de la salud”.

En el esquema actual del SGSSS en salud, el riesgo económico fue transferido a las IPS y al personal que presta los servicios, mientras se facilitó, sin la debida información ni control, el ingreso de cuantiosos recursos a los intermediarios financieros. El papel de asegurador, con el riesgo correspondiente, no ha sido asumido por tales intermediarios en el régimen subsidiado.

Otro factor causal de la crisis en la atención de la salud es la retención o el uso indebido, para otros fines, por parte de los entes territoriales de los recursos destinados a la salud.

La Academia reconoce la existencia de problemas de carácter estructural en algunos hospitales públicos, pero de ninguna manera acepta que ésta sea la causa principal de la profunda crisis de la salud. Recomienda una pronta solución a los pasivos laborales y la corrección de los excesos que se presentan en algunas instituciones, y aplaude el esfuerzo que hacen los hospitales por mejorar su gestión orientada a alcanzar mayor eficiencia.

CONCLUSION

La Academia reconoce la bondad de los propósitos de la Ley 100 y la intención de cubrir mediante aseguramiento a toda la población con base en principios de equidad, solidaridad y calidad, cuyo beneficio y alcance social nadie discute.

Sin embargo, la defectuosa implementación de la Ley no ha permitido que tan loables propósitos tengan el debido cumplimiento. Por el contrario, las instituciones prestadoras de servicios se encuentran en crisis y el capital científico e intelectual de la medicina ha sufrido un impacto muy negativo, sin contar el deterioro que ello ha significado en la educación y formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. Además, y esto reviste especial gravedad, los programas de salud pública, especialmente en el área de la vacunación, se han visto seriamente afectados.

Por otra parte, las deficiencias en los sistemas administrativos y los numerosos trámites establecidos para el flujo de los recursos en el sistema, han llevado a un estado de iliquidez que hace temer por la supervivencia de los hospitales, especialmente aquellos del sector público, hoy denominados “Empresas Sociales del Estado”, lo cual se traduce en disminución de la calidad de la atención a los pacientes y gran perjuicio para la educación médica.

Con el ánimo de corregir lo que la Academia considera son fallas importantes en la implementación de la Ley, y en su carácter de asesora del Gobierno Nacional en estas materias, se permite hacer las siguientes recomendaciones al Ministerio de Salud y demás autoridades competentes:

1. Redefinir el SGSSS como un mecanismo de servicio social para evitar que derive hacia una posición de negocio o comercio.
2. Adoptar el registro único de afiliados elaborado por la Superintendencia Nacional de Salud.
3. Como se recomendó en febrero de 1999, no celebrar ni renovar contratos para asegurar la población mientras ésta no se encuentre debidamente identificada en bases de datos depuradas y confiables. Aparte de consideraciones de orden legal, la Academia juzga inmoral que el Estado haga pagos “por volumen”, los cuales son a todas luces indebidos.
4. Limitar la afiliación al régimen subsidiado hasta tanto no se hayan corregido sus defectos, pero asegurando siempre la prestación del servicio a los vinculados y a las clases más necesitadas mediante un racional y controlado subsidio a la oferta en los hospitales públicos.
5. Definir los derechos del *paciente*, actualmente denominado *usuario o cliente*, ante las entidades de intermediación que operan como aseguradoras en el SGSSS.
6. Crear de inmediato un mecanismo que permita la divulgación periódica de la monitoría de los resultados y del control y vigilancia de la operación de aquellos intermediarios que aparecen como empresas aseguradoras en el SGSSS.
7. Revisar la normatividad y contenido de los Registros Individuales de Atención (RIA) de acuerdo con las opiniones emitidas en la carta que fue enviada al Ministerio de Salud por la Academia y otras instituciones representativas el pasado 8 de febrero (anexo).
8. Revisar el artículo 23 del decreto 047 del 19 de enero de 2000, el cual crea obstáculos a la labor de control en el sistema.
9. Reasumir con todo vigor las acciones de medicina preventiva y salud pública destinadas a la protección masiva de la población.
10. Revisar la copiosa reglamentación de la Ley 100 y consolidarla en una normatización única, comprensiva y práctica.

11. Destinar recursos en cuantía significativa para renovación de equipos y actualización de tecnología en los hospitales públicos.
12. Mantener y fortalecer la concepción de la atención de la salud como una empresa social, para lo cual se deben salvaguardar los principios de la medicina como profesión y como ciencia y, muy especialmente, acrecentar su capital intelectual. A este efecto la Academia reitera su recomendación de crear un fondo de educación médica e investigación, a modo de subcuenta del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).
13. Establecer el soporte de documentación para la toma oportuna de decisiones con base en la evidencia científica, a través del fortalecimiento de las bibliotecas, la informática biomédica y los centros de documentación bibliográfica.
14. Definir la calidad de la atención como un objetivo prioritario en el SGSSS.

La Academia apoya las medidas que están tomando el Ministerio de Salud y la Superintendencia tendientes a un mejor control de la capitación, y reitera su convicción de que la función gubernamental debe orientarse a la defensa de los derechos de los pacientes y de la calidad de los servicios, y en ningún caso a la protección de los intereses económicos de los intermediarios.

La Academia solicita del Gobierno Nacional tomar en consideración su informe de febrero de 1999, el cual en sus páginas 8 y 9 presenta recomendaciones específicas orientadas a corregir los defectos en la implementación de la reforma.

La Academia reitera su disposición de contribuir en forma positiva a la búsqueda de soluciones a la grave crisis que afecta al sector de la salud, y ofrece una vez más toda su colaboración para este efecto.