

# La crisis de la salud y la Ley 100 de 1993



*ENTREVISTA A MARIO HERNÁNDEZ*

*Médico, Ph.D. en Historia y profesor asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional.*

*En esta entrevista concedida a nuestra revista, el profesor Mario Hernández presenta los puntos de vista de quienes han expresado que la Ley 100 debe derogarse, analiza los problemas estructurales de que adolece este servicio imprescindible y expone los tópicos generales de lo que debería ser un nuevo sistema de salud en Colombia. **DESLINDE***



**E**l sistema de salud está en crisis. Tirios y troyanos lo reconocen. De un lado, el gobierno, como se colige de los argumentos que sustentaron la Emergencia Social, señala que la responsabilidad es de médicos y pacientes. Dice que recetan más allá del 'costo-efectivo' del sistema y que demandan demasiados servicios. Del otro están las voces que exponen cómo la Ley 100 de 1993 en forma estructural impide el acceso real y efectivo de todos los colombianos a la salud. Su explicación, basada en la evidencia, señala que los intermediarios financieros, conocidos como EPS, cobran un peaje del treinta por ciento y hasta más por la administración de los recursos que deberían ir en su totalidad a la prevención y atención de la enfermedad.

El sistema colombiano de salud, de clara estirpe neoliberal e impuesto por el FMI y el Banco Mundial, es la antítesis de un sistema basado en el principio de la universalidad de los derechos, en el que todo habitante del territorio colombiano, independientemente de su condición socioeconómica, debería tener acceso a un bien social básico como la salud. Por tal razón, a pesar de que en los últimos veinte

años se han triplicado los recursos para la salud, los \$32 billones que hoy vale el sistema no solucionan los problemas de la salud, sino más bien sirven para convertir la salud en un negocio.

El profesor Mario Hernández, asociado del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, explica las principales políticas gubernamentales que le están negando este derecho a la mayoría de los habitantes colombianos.

***Deslinda:** Profesor Mario Hernández, ¿qué balance hace de la Ley 100 de 1993?*

**Mario Hernández:** Ese balance lo hemos planteado en distintos momentos de desarrollo del sistema. Y más en la última coyuntura de antes y después de la Emergencia Social. Se puede resumir de la siguiente manera: la decisión de generar un sistema de aseguramiento individual, con dos regímenes fundamentales, produjo un incremento en la cobertura del aseguramiento, que es de lo que se jacta el gobierno y otros actores del sistema. Asunto innegable, simplemente porque fue un cambio estructural. Antes eran tres subsectores: asistencia pública, seguridad

**En el sistema priman los intereses de rentabilidad de los agentes que controlan el sistema sobre las necesidades de atención de la población.**

social y sector privado. Y ahora es un modelo de aseguramiento que pretende ser universal. Cosa que obviamente está pasando. Nadie lo niega.

Pero se decidió entregarle el sistema a un intermediario financiero llamado asegurador (EPS), no importa si público o privado, pues ambos se comportan como intermediarios, a los que se les entregó todo el proceso de organización y en últimas de prestación y acceso final de los servicios de salud. Entonces ¿qué está pasando? Existen serias dificultades para que la gente resuelva los problemas de salud, aunque esté asegurado. Y esto ocurre porque en el sistema priman los intereses de rentabilidad de los agentes que controlan el sistema sobre las necesidades de atención de la población. Luego desde la entrada en vigencia de la Ley 100 vienen sucediendo una serie de expresiones de esa dificultad. Por ejemplo, problemas de cobertura real y de acceso a los servicios de salud, que se resuelven a través del sistema judicial por medio de la tutela, de lo cual es expresión la Sentencia 760 de 2008, donde la Corte Constitucional recoge todo lo que ha pasado con las tutelas y obliga al gobierno a superar una serie de problemas que el sistema viene acumulando desde que se creó. Es entonces un sistema que desde su origen está estructurado de una forma tal que produce y reproduce problemas, en lugar de resolverlos.

**Deslinde:** Pero, profesor Mario Hernández, detállenos más eso que usted señala como problemas estructurales del sistema de salud.

**MH:** Mire usted que a pesar del aumento del aseguramiento, no se está garantizando el acceso. Existen una serie de obstáculos de distinto tipo. Están los administrativos que imponen las EPS a través de las autorizaciones y cosas parecidas. Los geográficos, pues el primer nivel de atención y la puerta de entrada a la atención están muy lejos de los usuarios. Los culturales, como no enseñarle a la gente a qué tiene derecho. Son mecanismos que lo único que hacen es evitar que se materialice el valor de la póliza (conocida como Unidad de Pago por Capitación, UPC) que se le transfiere a la EPS por cada persona asegurada en cualquiera de los regímenes, contributivo o subsidiado. De esa manera las EPS garantizan la rentabilidad.

Por un lado, entonces, se da una serie de problemas en el acceso real y efectivo por parte de los pacientes para resolver sus dificultades en salud. Y por el otro, las EPS han venido encontrando distintos mecanismos para garantizar una disminución de los costos efectivos de la atención. Por ejemplo, presionan fuertemente por la reducción de las tarifas que cobran los prestadores de la salud. Este es un sistema muy leonino. O generan una integración vertical donde ellos mismo organizan su red de prestación de servicios y entonces no contratan con prestadores, que pueden ser públicos o privados. Se pone a la red pública hospitalaria, que venía de mucho tiempo atrás prestando servicios, en la peor condición y por eso se han liquidado y quebrado muchos hospitales públicos. O para adaptarse a las exigencias de los intermediarios, se han desfigurado, porque más que prestadores de salud se convierten en unas instancias

de control de costos.

Además, como es un sistema que se concentra en convertir en negocio la atención médica, descuida problemas de salud pública que antes estaban controlados, como la malaria, la vacunación, la atención y control de



dengue, de cólera, de tuberculosis, de toda una serie de programas que la salud pública llama verticales, que se debilitaron completamente. Las EPS dicen “no, ésa no es mi responsabilidad, eso que lo haga el Estado”. Y el Estado entregó su responsabilidad creyendo que así podría atender la salud pública. Y no se atiende.

Viene entonces un problema, que es el más profundo creo yo y que nos parece dramático porque a la gente le parece normal. Y es la inequidad, las desigualdades injustas entre los distintos grupos de población. Como el régimen subsidiado es para pobres, el contributivo es para sectores medios y la medicina prepagada es para los ricos, entonces se asimila como natural que existan diferencias entre los tres. Hoy en día se constata que una mujer embarazada tiene en el régimen subsidiado el doble de riesgo de morir que una en el contributivo. Y eso se da porque son menos los controles prenatales y peor la calidad de atención en el trabajo de parto y en el parto. Es muy grave, porque la gente lo viene asumiendo y lo ha introspectado, asunto que como lo demuestran los sistemas de otros países capitalistas, puede ser totalmente distinto. Tenemos entonces un sistema que hace de la atención de la enfermedad un negocio.

**Deslinde:** *Para la buena calidad de un sistema de salud es fundamental que el personal de la salud goce de buenas condiciones laborales.*

*Esto no se comprende muy bien entre los usuarios. ¿Cómo les ha ido a los trabajadores (médicos, enfermeras y demás personal de la salud) con la Ley 100?*

**MH:** Creo que muy mal, como se ha venido demostrando cada vez

más. Como los prestadores –aclaremos que una cosa son las EPS (los aseguradores) y otra los prestadores (hospitales y clínicas de cualquier nivel)– tuvieron que entrar en una lógica de control de costos en vista de las tarifas que se pactan en los contratos con el asegurador; tuvieron entonces que ajustar hacia abajo el costo del trabajo que aportan los trabajadores de la salud. Lo hacen con mecanismos de flexibilización y con la precarización del empleo y el trabajo en la salud. Lo hacen haciendo contratos a destajo o formas de pago de acuerdo con horas prestadas o servicios prestados directamente. Y así se tiene en total desprotección laboral a los trabajadores de la salud. La mayoría de ellos no tienen riesgos profesionales, ni salud, ni pensiones, ni nada, porque están como cualquier trabajador informal, en las peores condiciones. Además se ha incorporado la lógica de las cooperativas de trabajo asociado, que realmente no

***Se pone a la red pública hospitalaria, que venía de mucho tiempo atrás prestando servicios, en la peor condición y por eso se han liquidado y quebrado muchos hospitales públicos.***

son cooperativas sino una tercerización perversa, porque trasladan los costos a la supuesta cooperativa y ésta se los traslada a los trabajadores de la salud en los distintos niveles.

Existen unos pocos especialistas, por ejemplo, los anestesiólogos, que mediante un mecanismo de asociación hacen que las tarifas que les pagan sirvan para que nos les vaya como al resto. Pero eso sólo a algunos especialistas, no a todos, porque a la mayoría les va bastante mal por la flexibilización y la precarización laboral. Y esta situación, que muchas veces los usuarios pierden de vista, afecta ostensiblemente la calidad del servicio que se les presta.

**Deslinde:** *En el balance que usted hace de los problemas estructurales del sistema de salud, ¿qué papel juega la reforma a la salud de la Emergencia Social y que aún sigue en ciernes?*

**MH:** Con la Emergencia Social el gobierno, con el apoyo de los asesores

de las EPS, dijo que la sostenibilidad financiera del sistema dependía de que el negocio con la salud sea rentable. Y decidió entonces hacer dos cosas: primero, conseguirse una plata adicional a través de impuestos indirectos a las ventas de cigarrillos, cervezas y juegos de azar, que consumen principalmente los sectores populares del país. Segundo, a los distintos actores del sistema les impone unas normas para que controlen el gasto y así disminuir el uso de los servicios y de los recursos. A los usuarios les dice: yo les voy a igualar el Plan Obligatorio de Salud, POS, como dice la Corte Constitucional, pero lo voy a hacer con un criterio costo-efectivo: observo cuál es la prevalencia de enfermedades, calculo los costos existentes y de acuerdo con lo que me dé la plata, pongo un tope, que es el POS. Todo lo que quede por fuera lo convertiré en un PRES, Plan de Prestaciones Excepcionales en Salud, dividido en dos: a los pobres, en el régimen subsidiado, les financo con los dineros recogidos a ellos por la vía de los impuestos. Y quienes tengan “capacidad de pago” deben recurrir a la medicina prepaga, a créditos o al patrimonio familiar. La Emergencia agrava las iniquidades que creó el modelo con los distintos planes de cubrimiento.

Tercero, les dice a los médicos: como ustedes son los ordenadores del gasto, entonces los voy a sancionar cada vez que se salgan de un paquete y violen unas rígidas guías médicas. Le pongo a usted las guías y si se sale de los parámetros allí contenidos, le impongo una sanción pecuniaria y además le inculpo la comisión de un delito al ordenar un gasto que no le estaba autorizado. Y a las EPS les dice: por favor, no aspiren a tanto. Pero eso sí, les voy a agilizar el pago para que tengan la plata segura y con rapidez. Como el Fosyga les tiene una cantidad de cuentas pendientes, pues yo le giro la mitad de la

**Como el régimen subsidiado es para pobres, el contributivo es para sectores medios y la medicina prepagada es para los ricos, se asimila como natural que existan diferencias entre los tres. Hoy en día se constata que una mujer embarazada tiene en el régimen subsidiado el doble de riesgo de morirse que una en el contributivo.**

deuda ipso facto. En el régimen subsidiado no voy a seguirles girando los recursos a los municipios sino directamente a ustedes, y les quito la plata a los municipios, que son una partida de corruptos. Fíjese, todos los mecanismos son para garantizarles a las EPS que el negocio con la salud les funcione y así asegurarles a los aseguradores las ganancias, a expensas de todos los demás actores del sistema.

La reforma a la salud que intentó introducir la Emergencia Social era una “solución” coyuntural que profundizaba la lógica del modelo de la Ley 100 de 1993, y con eso no se van a arreglar los problemas estructurales, más bien se van a agravar. La lógica de la Ley 100 es que usted tiene derecho a la salud, no por ser habitante de Colombia, sino por su capacidad de pago. Lo que el sistema protege son derechos de propiedad, no el derecho a la salud como lo exige la Convención Internacional del Derecho de Atención Médica. Ni siquiera como lo dice la Corte Constitucional. No, de acuerdo con su capacidad de pago. Y como hay una gama de capacidades de pago, también existe una gama de opciones para entrar al sistema. Así se reproduce sistemáticamente la existencia de un tipo de salud para los ricos, otra para las clases medias y otra para los pobres. Mientras no se resuelva el problema estructural no cambiarán las inequidades del sistema que vivimos y al contrario, se profundizarán más.

**Deslinde:** *¿Cómo se soluciona el problema estructural?*

**MH:** Justamente es el punto clave. Se tiene que plantear a la sociedad colombiana un cambio en el conjunto del sistema. No es un problema técnico sino

**Además de las EPS, están todos los mecanismos de corrupción y de intermediación que generan sobrecostos que hacen que al Fosyga le cobren, por ejemplo, 30 veces más de lo que vale un medicamento.**

de acuerdo político entre los miembros de esta sociedad con sus fuerzas políticas, con todas sus diferencias, donde se plantee si vamos a seguir tolerando o no esa asociación entre la propiedad de las aseguradoras y el derecho a la atención médica. O se le propone un cambio que debería ir hasta el plano constitucional, modificando los artículos 48, 49 y demás relacionados con la salud en la Constitución, para decir que la salud es un derecho humano fundamental, no articulado ni ligado a la capacidad de pago de las personas, sino a la condición de habitante del territorio nacional. Una vez hecho ese pacto político fundamental, se empieza a ordenar todo el sistema de manera que se produzca la separación de la atención de la capacidad de pago.



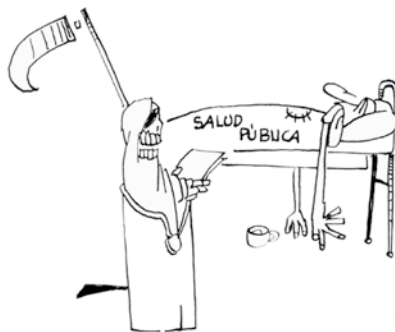
**Deslinde:** *¿Es posible construir en Colombia ese modelo del que habla?*

**MH:** ¡Claro! El problema no es técnico, insisto. Técnicamente se puede organizar un nuevo modelo de manera relativamente sencilla. Eso sí, si se encuentra un acuerdo político que permita recurrir a una combinación de los recursos disponibles

**Los prestadores (hospitales y clínicas de cualquier nivel) tuvieron que ajustar hacia abajo el costo del trabajo que aportan los trabajadores de la salud. Lo hacen con mecanismos de flexibilización y con la precarización del empleo y el trabajo en la salud.**

por parte de cotizaciones de trabajadores y de empleadores, que van a una central única de recaudo, que se articulan a los impuestos. Aquí habría que revisar la estructura tributaria nacional para establecer una estructura progresiva, que no sea como pasa ahora que los pobres y las capas medias son los que más aportan, sino al revés. Si se tiene una estructura general de impuestos progresivos junto con otros aportes, puede constituirse un fondo único público para salud y eso se podría replicar para otras políticas sociales.

A partir de allí se empieza a hacer una distribución territorial de acuerdo con criterios de equidad y de necesidad; con metas de salud y calidad. Y se orienta entonces a los prestadores, que pueden ser públicos o privados, a lograr esas metas. Con una forma de asignación y de contratación los recursos. ¿Eso se puede hacer? Sí. Existe ya en



muchos países. Costa Rica, por ejemplo, tiene un modelo de seguridad social público que maneja más o menos esa perspectiva. Brasil tiene un sistema único de salud descentralizado, manejado desde los niveles municipales. Y muchos otros países lo hacen desde varios años atrás. La principal dificultad para llegar un sistema de las características descritas es la existencia de unos grupos de intereses que se apropiaron los recursos de la salud. Pues además de las EPS, están todos los mecanismos de corrupción y de intermediación que generan sobrecostos que hacen que al Fosyga le cobren, por ejemplo, 30 veces más de lo que vale un medicamento. Romper con las estructuras de intermediación y corrupción que se apropian de la plata de la salud es lo más difícil de superar.

**Deslinde:** *¿En ese modelo que plantea habría EPS, intermediarios financieros?*

**MH:** No. Ahí está el quid del asunto. Se tendría que constituir un fondo público nacional con administradores territoriales. Pero no habría intermediarios financieros, que es el asunto más difícil de lograr. La sociedad colombiana debe imaginarse un sistema de salud sin EPS, pues la intermediación de estas entidades no agrega ningún valor. Al contrario. Expropia recursos que son públicos. Pero para lograrlo se debe dar todo un debate público a fin de crear una conciencia que permita comprender que la construcción de un sistema como éste del que hablamos es posible y viable.

**Deslinde:** *La Emergencia Social dio lugar a un despertar de distintos sectores vinculados con el sistema de salud. ¿Cómo*

*está el movimiento por la derogatoria de la Ley 100 de 1993 y por la construcción de un nuevo sistema de salud?*

**MH:** Éste es un movimiento que arrancó en 1995, después de que muchos señaláramos que la Ley 100 no resolvería los problemas de la salud.

Inicialmente empezamos un grupo de académicos con algunos sectores sociales, y desde entonces se ha venido ampliando. Con la Emergencia Social surgieron otros sectores inconformes con el modelo. Es un movimiento que tiene sectores sociales con raíces en organizaciones, entre ellas, la Coalición de Movimientos y Organizaciones Sociales, junto con otros sectores que venimos del sector salud, como trabajadores y sindicatos de la salud. Además están los usuarios del sistema, los profesionales de la salud que estaban distantes, ahora se están uniendo, como por ejemplo, los médicos con las distintas formas de organizaciones que tienen.

Estamos buscando una alianza estratégica entre académicos, organizaciones sociales y fuerzas políticas para que se dé un debate común. Las elecciones presidenciales, por ejemplo, deben servir de escenario para debatir el tema, así como el Congreso de la República. Estamos promoviendo la aglutinación de los malestares en un gran debate público



y un encuentro nacional que permitan elaborar un nuevo sistema de salud para superar la lógica de la Ley 100 y de esa manera, superar la Emergencia Social.

**Deslinde:** *Se oye decir con resignación y pesimismo que las cosas son así y que qué le vamos a hacer. Pero ¿sí es posible cambiar la Ley 100 por otro modelo de salud?*

**MH:** Siento que en nuestros fenómenos sociales, tan complejos, las posibilidades de cambiar resultan de los consensos, de aquellos puntos de encuentro en que la gente empieza a pensar que puede ser de otra manera, idea que se expande, se contagia y entonces los grandes cambios se producen a través de la acción colectiva.

Sin embargo, creo que hoy eso no es tan posible, porque tenemos una cultura política basada en el individualismo, de consumo individual y de capacidad de pago. Pero hay mucho malestar y si ese malestar se pone en una dinámica de construcción de propuesta y de elaboración de nuevas posibilidades, lo veo factible. Aunque las coyunturas siempre son cortas, y en ellas no se producen grandes cambios, sí sirven para acumular esfuerzos por concretar una acción colectiva que tienda a cambios estructurales, como los que estamos planteando. ▣

***Las posibilidades de cambiar resultan de los consensos, de aquellos puntos de encuentro en que la gente empieza a pensar que puede ser de otra manera, idea que se expande, se contagia y entonces los grandes cambios se producen a través de la acción colectiva.***