LEY 100 DE 1993, SALUD Y ACCIÓN DE TUTELA

Por

Harold Mora Campo

Coordinador Académico Consultorio Jurídico de la UCEVA y

Diana Mora Campo

Estudiante de Medicina en la Universidad del Valle Sede Cali

A partir de 1993 el sistema de salud ha sufrido una serie de reformas encaminadas a tratar la salud como un servicio caracterizado por la equidad, calidad y cobertura total. Dichas reformas, cuyo eje gira en torno a la ley 100, contemplan la prevención de la enfermedad, la calidad de los programas de pregrado y postgrado en salud, entre otros aspectos. Infortunadamente, lo planteado en el citado ordenamiento jurídico dista mucho de lo que acontece en la realidad, como se discute a continuación.

Reformas a partir de 1993

En 1993 entró en vigencia la ley de seguridad social (Ley 100). Ésta, entre otras cosas, reglamenta el sistema de seguridad social en salud. Con el propósito de asegurar una cobertura total, la ley 100 creó dos regímenes de afiliación al sistema de salud: el contributivo y el subsidiado. El primero cubre la atención de casi todas las enfermedades y rige para ciudadanos con capacidad de pago y el segundo, que excluye un número considerable de patologías se aplica a la población desprovista de recursos económicos. Para el régimen contributivo se crearon las Empresas Promotoras de Salud (EPS), para cuyo funcionamiento la resolución 4242 de 1997, estableció requisitos esenciales de calidad. En cuanto al régimen subsidiado, se fundaron las administradoras del régimen Subsidiado (ARS). Una forma de ARS son las empresas Solidarias de Salud que se crearon como asociaciones cooperativas. Las EPS y ARS planean, organizan y ejecutan las actividades necesarias para controlar las enfermedades y mantener la salud de la población asegurada. Para ello, el servicio de salud, al tenor de la ley 100 debe caracterizarse por la equidad, cobertura total y participación ciudadana para garantizar la calidad del mismo. Para este último aspecto, el decreto reglamentario 1757 de 1994, contempla la conformación de asociaciones de usuarios de la EPS y la IPS. En efecto, mediante la acción de tutela establecida por la constitución Política de 1991, la población ha reclamado ante los jueces y la

Corte Constitucional prestación de servicios de salud no incluidos en los planes de beneficios. Éstos han sido autorizados por que la salud está en conexidad con el derecho a la vida, y consecuentemente de aquella depende la preservación de esta última, situación que ha dado lugar a lo que jurisprudencialmente se conoce como *factor de conexidad*.

Por su parte, la ley 715 de 2001, proporciona a gobernadores y alcaldes los instrumentos para prestar un mejor servicio de salud y educación. Éstos contemplan eficiencia en el gasto, la gestión pública y la rendición de cuentas. A su vez, la resolución 000634 de marzo 6 de 23006, adopta el formulario único para el pago de aportes de seguridad social en pensiones, salud y riesgos profesionales. Recientemente, la reforma 1122 de 2007, cambio la denominación de ARS por la de EPS`S y reglamento una mejor calidad y oportunidad en los servicios de salud y estableció nuevos recursos para lograr la cobertura total y controles de vigilancia sobre los mismos.

Prevención de la enfermedad

Colombia afronta dificultades generadas por diferentes enfermedades. Así, la tuberculosis es un problema de salud pública. Su recrudecimiento se relaciona con el incremento de la pobreza. En 1999 la leishmaniasis con un promedio anual de 6.000 casos represento un problema de grandes proporciones y costos. En el 2000 se identificaron brotes de rubeola en Bogotá, Norte de Santander y Nariño.

Así mismo, desde 1983 hasta abril de 1999 se reportaron 21.048 casos de infección por VIH/SIDA. En el mismo periodo se registraron 3.441 muertes por SIDA, el 90% de éstas correspondieron a población de género masculino. Segùn la encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes estudiantes entre los 10 y los 24 años, que se realizó en el 2001, se determinó que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor consumo entre los jóvenes. La edad más frecuente de inicio de consumo de alcohol y cigarrillo oscila entre los 10 y los 14 años. Desde luego, existen otra serie de enfermedades que atacan a los colombianos, pero creemos que el cuadro anterior basta para los fines de este escrito.

Para contrarrestar esta problemática, a partir del año 2000, los entes territoriales han implementado acciones preventivas, mediante el PAB – Plan de Atención Básica en Promoción, prevención y vigilancia en salud pública, plan territorial gratuito y obligatorio, de responsabilidad del estado y de competencia del nivel municipal. Éste incluye programas de alimentación y nutrición, entre otros.

Mediante la reforma 1122 de 2007, el PAB pasó a llamarse Plan Nacional de Salud pública, con el fin de centralizar las acciones en ésta área. La prevención de la enfermedad se contempla desde el siglo pasado, como se reseña en el documento "análisis socio histórico de la salud en Colombia", que da cuenta de los cambios de la cátedra de Higiene por las de Salud Pública y Medicina Preventiva. Así mismo, con el fin de mejorar la calidad de la salud, se han expedido normas para la acreditación de los programas de formación en dicho campo.

Programas de salud.

La ley 30 de 1992, crea el Centro Nacional de acreditación (CNA), como dependencia del consejo Nacional de educación superior (CESU). Éste se reglamentó mediante decreto 2904 de 1994, que incluye normas sobre calidad. En el 2001, mediante decretos 916 y 917 se dictaron medidas adicionales para programas de pregrado y posgrado, con el fin de garantizar dicha calidad. Éstas contemplan en buena parte las fórmulas de acreditación propuestas por la Asociación de Facultades de Medicina (ASCOFAME). En dichos decretos se indica que los procesos de acreditación deben ser liderados por el Ministerio de Salud en coordinación con el MEN, secretarías departamentales, municipales y distritales. Se establece también que para la implementación y desarrollo de las disposiciones respectivas se debe incluir a representantes de Asociaciones de Profesionales y de Especialistas.

El interés por mejorar la calidad de los programas de formación en salud se observa desde el siglo anterior, como ocurrió en 1931 con la misión francesa que visitó la Universidad Nacional de Colombia, para sugerir reformas a su Facultad de Medicina.

A manera de Conclusión

Pese a las buenas intenciones del estado planteadas en las diferentes reformas al sistema de salud, que apuntan a un servicio equitativo de calidad con cobertura total, existe una brecha profunda entre lo que se consigna en la normatividad y aquello que ocurre en la realidad. Por ello, no es raro leer en periódicos, escuchar en noticieros, o consultar las estadísticas de los consultorios jurídicos o de los juzgados para informarnos sobre personas que acuden a tutelas para que se les suministre atención médica, o más grave aún: personas que mueren en ambulancias transitando de una clínica a otra en busca de atención, sin recibir la misma por carecer de dinero para el pago.

Se puede afirmar entonces que la salud al igual que la educación, ésta sujeta a políticas de ajuste económico dictadas por entidades como el Fondo Monetario Internacional (FMI), inscritas en un modelo neoliberal, caracterizado por la privatización de las empresas estatales y recorte en el gasto público con reducción o eliminación de coberturas sociales.

Las consecuencias de estos hechos son evidentes y desde luego provocan una baja sensible en la calidad del servicio. Como resultado de esto, ahora se formulan medicamentos baratos y de mala calidad, en otros casos el paciente tiene que comprar medicinas caras, por que el POS no las suministra.

Consideramos que se debe legislar menos y actuar más. Para tal fin se deben asignar suficientes recursos financieros, que deberán ser rigurosamente controlados por el Estado y por veedurías organizadas por la sociedad. Esto permitirá, por un lado, dignificar los salarios de los profesionales de la salud, situación que redundará en beneficio de los pacientes y de otra parte, servirá para ofrecer un servicio de calidad sin costo alguno, caracterizado por la equidad y universalidad como lo contempla la Ley 100.

La salud debe ser el eje sobre el cual ha de gravitar el devenir de los pueblos. Solamente los individuos sanos tendrán un adecuado *modus vivendi* y la posibilidad de educarse para incursionar en la vida productiva del país, y contribuir de este modo al desarrollo del mismo.

Por ello, no es posible seguir pensando que el servicio de salud ha de ofrecerse en forma deficiente a un ser físico biótico para que sobreviva, sino que este servicio se debe fortalecer para que dicho ser despliegue sus dimensiones culturales, afectivas y sociales. Pues hoy en días no solamente se habla del hombre físico, sino también del hombre cultural, social, mágico, esferas que le confieren a este una visión integral.

Por ello, es preciso implementar un servicio óptimo de salud para potenciar al hombre como ser total e integral, que en efecto representa una parte constitutiva de la sociedad, es decir, un individuo que no solamente espera cosas de ella sino que también puede contribuir a generar riqueza para la misma.

Bibliografía

BARON LEGIZAMON, Gilberto. Documento electrónico. Gasto Nacional en Salud de Colombia. 1993 – 2003: Composición y Tendencias. Revista salud pública. (Online). Abr./Jun.2007, vol. 9 no.2.ISSN 0124-0064

Constitución Políticas de Colombia. Ed. Legis. Bogotá.2010

Flórez-Jhon, Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín-Colombia,1998;16(1):65 – 76

Frenk J, Londoño JL. El costo de no reformar, Cuestión social 1998; Publicado por Ministerio de Protección Social, República de Colombia (42): 24 – 37

Ley 100 de 1993

Ministerio de Salud/ Programa de la Universidad de Harvard. La reforma en Colombia y el Plan maestro de implementación. Informe Final de la misión de las ESP Universidad de Harvard, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud – BID. Bogotá; 1996.