



Vendedora de periódicos.

León Ruiz (1933)

Crédito: Biblioteca Pública Piloto de Medellín,
(Colección Patrimonial, archivo fotográfico).

Volumen 42, 2024

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354723>

Recibido: 05/09/2023

Aprobado: 12/02/2024

Publicado: 15/03/2024

Cita:

Morales L. Ley 100 de 1993 en Colombia: entre
el mito del mercado y la teoría económica Rev.

Fac. Nac. Salud Pública. 2024;42:e354723

doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e354723>

e354723

Ley 100 de 1993 en Colombia: entre el mito del mercado y la teoría económica

Luis Gonzalo Morales Sánchez¹

¹ Magíster en Ciencia Política. Universidad de Antioquia. Colombia. luisgmoral@yahoo.com

Resumen

Este ensayo investiga e interpreta teorías y hechos económicos, sociales y políticos que enmarcaron la creación de la Ley 100 de salud en 1993 en Colombia, los que son contrastados con los elementos contenidos en su diseño normativo e institucional, que ayudan a responder a la pregunta de si esta fue una receta neoliberal como sugieren algunos autores. Para ello, se acude a un ejercicio hermenéutico apoyado en la teoría crítica que pretende volver sobre los hechos y cuestionar a fondo la forma como estos han querido ser presentados e interpretados. En su desarrollo, se abordan conceptos y realidades como son el neoliberalismo, los derechos humanos, los mercados de salud y la estructura operacional de la Ley 100 de 1993. Al final se discute que catalogar la salud como un escenario en el que pacientes y hospitales compran y venden libremente servicios desconoce la teoría económica que la considera un mercado imperfecto, y la evolución de la salud como derecho humano, en el que, si se dejasen actuar sus leyes sin interferencia de nadie, se producirían desequilibrios que afectarían a los usuarios y a quien financia sus servicios. Lo que hizo Colombia con esta ley fue avanzar en la construcción de un seguro social público universal regulado y financiado por el Estado, en el que cada vez menos pacientes tuviesen que depender de sus propios recursos y de las leyes de la economía, para gozar de este beneficio manejado cada vez más como un derecho fundamental y menos como una mercadería.

-----*Palabras clave:* asimetría de información, derecho a la salud, Ley 100 de 1993, mercado de la salud, neoliberalismo



Check for updates



© Universidad de Antioquia

Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative
Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0
Internacional.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Law 100 of 1993 in Colombia: between the myth of the market and economic theory

Abstract

This essay investigates and interprets the economic, social, and political theories and facts that framed the creation of Law 100 of health in 1993 in Colombia, which are contrasted with the elements contained in its normative and institutional design, to help answer the question of whether this was a neoliberal recipe as suggested by some authors. For this purpose, a hermeneutic exercise supported by critical theory is used, which aims at going back over the facts and questioning in depth the way they have been presented and interpreted. In its development, concepts and realities such as neoliberalism, human rights, health markets and the operational structure of Law 100 of 1993 are addressed. In the end, it is discussed that cataloging health as a scenario in which patients and hospitals freely buy and sell services, ignores the economic theory that considers it an imperfect market, and the evolution of health as a human right, in which, if its laws were left to act without anyone's interference, imbalances would occur that would affect users and those who finance its services. What Colombia did with this Law was to advance in the construction of a universal public social security system regulated and financed by the State in which fewer and fewer patients would have to depend on their own resources and on the laws of the economy to enjoy this benefit, increasingly managed as a fundamental right and less as a commodity.

-----*Keywords:* Information Asymmetry, Right to Health, Health Care Economics and Organizations, Public Health Expenditure, Health Insurance (DeCS/MeSH).

Lei 100 de 1993 na Colômbia: entre o mito do mercado e a teoria econômica

Resumo

Este ensaio investiga e interpreta as teorias e os fatos econômicos, sociais e políticos que enquadraram a criação da Lei 100 sobre saúde em 1993 na Colômbia, que são contrastados com os elementos contidos em seu desenho normativo e institucional, que ajudam a responder à pergunta se essa foi uma receita neoliberal, como sugerem alguns autores. Para isso, utiliza-se um exercício hermenêutico baseado na teoria crítica, com o objetivo de revisitar os fatos e questionar em profundidade a forma como foram apresentados e interpretados. Em seu desenvolvimento, são abordados conceitos e realidades como neoliberalismo, direitos humanos, mercados de saúde e a estrutura operacional da Lei 100 de 1993. No final, argumenta-se que catalogar a saúde como um cenário em que pacientes e hospitais compram e vendem serviços livremente ignora a teoria econômica que a considera um mercado imperfeito e a evolução da saúde como um direito humano, no qual, se suas leis fossem deixadas para agir sem interferência de ninguém, seriam produzidos desequilíbrios que afetariam os usuários e aqueles que financiam seus serviços. O que a Colômbia fez com essa lei foi avançar na construção de um sistema de seguro social público universal regulado e financiado pelo Estado, no qual cada vez menos pacientes teriam de contar com seus próprios recursos e com as leis da economia para usufruir desse benefício, cada vez mais administrado como um direito fundamental e menos como uma mercadoria.

-----*Palavras-chave:* assimetria de informações, direito à saúde, Lei 100 de 1993, mercado de assistência médica, neoliberalismo

Introducción

La Ley 100 de salud de 1993 en Colombia ha sido catalogada por algunos autores como una receta neoliberal que introdujo la lógica del mercado y convirtió la salud en una mercancía [1-6]. Asocian las políticas neoliberales con hechos que comienzan con su surgimiento durante la Segunda Guerra Mundial, seguidos por otros como el fin de los estados de bienestar en 1970, la crisis de la deuda externa en Latinoamérica en 1980, las recomendaciones del denominado “Consenso de Washington” en 1989 y el “Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud”, del Banco Mundial, en 1993. En este ensayo, se hace un ejercicio hermenéutico sobre la teoría y los hechos de índole social y económico en los que se fundamentó la construcción de esta ley, que demuestran que este es un mercado altamente imperfecto que existía mucho antes de ser aprobada esta norma, y que al contrastar con su diseño normativo e institucional deja en evidencia que antes que introducir las reglas del mercado a la salud en Colombia, lo que se hizo fue reconocer su existencia y adoptar una serie de medidas tendientes a controlar sus efectos. Por lo tanto, el diseño de esta ley representa un avance en la salud en Colombia, al considerarla como un derecho fundamental de todos los ciudadanos y ya no solo de los trabajadores, como sucedía antes de ella, cada vez más alejado de las leyes del mercado.

Diseñar y poner en marcha sistemas de salud se ha constituido en el mundo contemporáneo en tema de creciente atención y en motivo de intensas discusiones, que han tenido como finalidad determinar cuáles serían las mejores formas organizativas, los fundamentos en los que cada propuesta debería asentarse, y los mecanismos más equitativos y eficientes de financiación y acceso a los servicios, entre otros aspectos relevantes [7].

Bajo esta perspectiva, este trabajo pretende investigar e interpretar los fundamentos teóricos e históricos en los que se basó la política pública de salud adoptada por el Estado colombiano mediante la Ley 100 de 1993, y luego contrastar con lo que fue su diseño normativo e institucional. Para ello, se recurre al examen de teorías y hechos de tipo económico, social y político bajo las cuales han operado los mercados de salud en el mundo, que ayuden a responder a la pregunta de si fue la Ley 100 de 1993 una receta neoliberal que introdujo en Colombia el libre mercado en los servicios de salud.

Este trabajo realiza un esfuerzo epistemológico hermenéutico basado en la teoría crítica desarrollada por la escuela de Frankfurt y por Herbert Marcuse como uno de sus principales pensadores, que tenía como uno de sus propósitos volverse hacia el interior de la propia realidad, motivado por la necesidad de superar las apariencias con la que esta se ha querido presentar y la

ingenuidad con la que a veces se aceptan las decisiones, buscando descubrir las verdaderas fuerzas subyacentes en su acontecer [8]. Esta teoría se opone a la idea de que los hechos narrados representan una realidad objetiva, incuestionable e inamovible, y que, por el contrario, en cada uno de estos hay un sentido diferente para quien lo percibe según su experiencia de vida, conceptos ideológicos e intereses, y una posibilidad latente de cambiar el que parecería ser su incuestionable curso [9].

Los resultados del ejercicio interpretativo de las teorías y hechos económicos, sociales y culturales bajo las cuales han operado los sistemas de salud a lo largo de su historia se presentan a continuación. Comienzan por explicar qué se ha entendido por *neoliberalismo*; luego, se hace una aproximación al significado del *derecho a la salud*, para pasar a escudriñar, en la teoría económica clásica, por qué los mercados de salud se consideran imperfectos y cuáles son sus consecuencias. Finalmente, a la luz de las teorías y los hechos descritos, se hace una interpretación de lo que fue el diseño institucional y normativo de la Ley 100 de 1993.

Los hechos asociados al origen del neoliberalismo

La expresión “neoliberalismo” tiene diferentes significados y usos en la academia, el mundo político y en la sociedad en general. Comúnmente, implica un calificativo negativo y peyorativo que algunas ideologías políticas asocian con la maldad absoluta, o con hechos que pueden tener diversas interpretaciones, como los relacionados a continuación, lo que ha contribuido a que su significado sea cada vez más vago e impreciso [10].

Su nacimiento lo relacionan con la creación, en 1947, de la Sociedad de Mont Pèlerin, en Suiza, liderada por los economistas Friedrich von Hayek y Milton Friedman, quienes supuestamente buscaba combatir a los estados de bienestar keynesianos [11], para reemplazarlos por el mercado como único actor válido en el manejo de las relaciones sociales, reduciendo al Estado a su mínima expresión, crítica imprecisa que en realidad estaba dirigida a la Alemania de Hitler y a la Unión Soviética de Stalin. En sus escritos, ambos autores reconocieron el papel complementario de la política social y económica, y del rol del Estado en su conducción [12-14].

Con la reconstrucción de Europa y Japón luego de la Segunda Guerra Mundial, liderada por Estados Unidos, se experimentó el mayor crecimiento económico mundial que se recuerde en la historia, permitiéndoles a las naciones mejorar las condiciones de vida de sus poblaciones, período denominado de los “estados de bienestar” [15]. Este finalizó con la recesión económica mundial desatada por el embargo petrolero iniciado en 1973, que elevó su precio más de 10 veces. El mayor in-

greso en los países productores de petróleo se invirtió en los bancos de Estados Unidos, que luego prestaron sin control a los países latinoamericanos y que una década después causaron la crisis de la deuda en la región [16].

El Consenso de Washington consistió en una serie de medidas que buscaban estabilizar las economías de los países afectados por el crecimiento desproporcionado de su gasto público que se financió con deuda externa, que se duplicó entre 1981 y 1987 como proporción del producto interno bruto (PIB), y que llegó a representar cuatro veces el valor de las exportaciones, haciéndola prácticamente impagable [14,17]. Estas medidas pedían la disciplina fiscal para que los egresos no fuesen superiores a los ingresos, lo que exigía reducir el gasto público con medidas como eliminar subsidios que beneficiaban a los sectores más pudientes, como a la gasolina, las exportaciones, al cambio del dólar, las tasas de interés o a las empresas industriales y comerciales del Estado que generaban pérdidas, y reorientarlo hacia los más pobres en campos como la salud y la educación [18]. Colombia fue la excepción en esta crisis, pues al no tener un desequilibrio fiscal, no firmó acuerdos de ajuste, y antes, por el contrario, siguió creciendo, siendo de los pocos países de la región donde el gasto social pasó del 7,8 del PIB en 1980 al 8,1 en 1989, sin que se hubiese registrado un incremento significativo de la pobreza [14,19].

El “Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud”, del Banco Mundial [20], propuso tres estrategias para las políticas públicas, destinadas a mejorar las condiciones de salud en los países en desarrollo. La primera, con políticas generales de crecimiento social y económico orientadas a reducir la pobreza y a mejorar la calidad de vida de la población, en otras palabras, a intervenir los determinantes sociales de la enfermedad. La segunda, reorientar el gasto público en salud, hacia la atención primaria y no a la de alta complejidad, que evitaría la muerte de más de nueve millones de niños menores de un año. Y la tercera, facilitar la participación del sector privado en los seguros de salud y en la prestación de servicios, que ayudaran a ampliar la cobertura y controlar los costos, que para esa época solo cubrían al 25 % de la población [20].

La salud como derecho humano

La salud es hoy considerada como derecho humano por su papel determinante en la protección de la vida y la *dignidad humana*, definida como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental [21]. No obstante, la mayoría de los países del mundo, incluida Colombia, y la misma Organización de las Naciones Unidas, la incorporan dentro de los derechos económicos, sociales y culturales [22]. En el país, desde la Constitución de 1991, en el artículo 48, se consideró la seguridad social en salud como un derecho

irrenunciable de todos los colombianos [23] y a la salud, mediante doctrina construida por la Corte Constitucional en 2008 [24], como derecho fundamental autónomo que se refiere más a la atención de la enfermedad.

Hacer realidad el derecho a la salud requiere desarrollar una serie de arreglos institucionales, como son el conjunto de normas y estándares operativos que faciliten su puesta en marcha. Estos incluyen aspectos tales como la garantía de su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, participación, no discriminación, transparencia y rendición de cuentas. Junto con estos, existen tres más determinantes en este proceso, como son el reconocimiento de que esta será una meta de alcance progresivo, sujeta a la cantidad de recursos disponibles y en algunas ocasiones dependiente de la cooperación internacional. Además, es necesario adoptar estándares de salud que están sujetos a los constantes avances de la medicina, los que, junto con los demás requisitos, establecen que hacer efectivo el derecho a la salud toma un tiempo considerable, a veces muchos años. Esto plantea un complejo reto, derivado de la exigencia de recursos, de los que, en la mayoría de los casos, los países no disponen, en especial los de ingresos medios y bajos, en donde la asistencia y la cooperación internacional cumplen un papel crucial para alcanzar un desarrollo mínimo.

Por estas razones, la salud se considera un derecho de realización progresiva, sujeto al máximo de recursos disponibles y a la asistencia y cooperación internacional en muchos casos. En cambio, la mayoría de los derechos humanos, como el derecho a la vida, la intimidad, la prohibición de la tortura o los tratos inhumanos, son de aplicación inmediata. Carecen de la condición de realización progresiva y de las demás características descritas para el derecho a la salud. Estas son diferencias esenciales entre los derechos humanos fundamentales y el derecho a la salud, que sugieren que este último debería ser abordado desde un enfoque de derechos humanos en lugar de ser clasificado como uno de ellos [21,22].

Los principales fallos del mercado de salud

En salud, los hospitales se comportan como monopolios naturales, por la dificultad que existe para que ellos puedan competir entre sí. Las agremiaciones profesionales actúan como un monopolio a la hora de querer establecer el monto de sus honorarios. Las compañías de seguros de salud se comportan como monopsonios cuando establecen cuánto reconocerles a médicos y hospitales por sus servicios [25]. Sin una regulación del Estado, estas situaciones terminarían afectando negativamente a todos los actores, pero especialmente a los pacientes y a quienes financian los servicios [26].

La principal imperfección del mercado de salud se conoce como la *asimetría de información*. Consiste en que el paciente, quien en teoría compra un servicio, po-

see muchísima menos información sobre el servicio que va a recibir, que la que tiene el médico y el hospital, quienes en teoría lo venden. Esto puede dar lugar a que el paciente termine consumiendo cantidades superiores o inferiores a las que realmente necesita, a precios que no reflejan lo que realmente cuestan las cosas, o sencillamente recibiendo lo que no requiere [27].

Una de las características particulares de los mercados de salud es la dificultad para poder establecer con claridad, como no sucede en los demás mercados, quién es el que compra los servicios y qué es lo que obtiene por lo que paga, situación que podría llegar a afectar la cantidad, la calidad, el precio del producto y el resultado en el paciente [25]. Estas limitaciones son las que hacen que este sea un mercado imperfecto, en el que los resultados esperados para vendedores y compradores, pero muy especialmente para estos últimos, podrían no generar beneficios equivalentes a los servicios consumidos.

Esta es una relación en la que las partes poseen una información asimétrica que podría también llegar a favorecer al paciente, quien estando enfermo puede ocultar su condición e intentar afiliarse a seguro de salud que cubra el costo de su atención, lo que se conoce como “selección adversa”. Los aseguradores se protegen de esta conducta no cubriendo las enfermedades existentes al momento de afiliarse, cobrando tarifas más altas a quienes presuponen que por su condición podrían tener mayor probabilidad de enfermarse, o sencillamente negándoles su afiliación [28], medida conocida como “selección de riesgos” o “descreme del mercado” por parte del asegurador [29].

Otra de las implicaciones de la asimetría de información entre paciente y médico convierte a este último en oferente del servicio y, simultáneamente, en su comprador, por ser este quien finalmente toma la decisión de qué se debe hacer, situación en la que podría tener lugar un conflicto de intereses, en el que el médico podría sacar provecho para sí mismo, una de cuyas formas es la *inducción de demanda*, es decir, recomendarle al paciente más servicios de los que serían necesarios, pero de lo que se beneficia el profesional [30,31]. Esto sitúa al paciente en una condición de vulnerabilidad frente al médico, que las sociedades han tratado de remediar mediante códigos de ética, siendo el Hipocrático [32] el más conocido. Estos son acuerdos que buscan imponerle límites al quehacer del médico, con la intención de evitar que su conducta llegue a afectar la salud o los intereses del paciente.

Un tercer mecanismo concebido para mitigar los efectos negativos de la asimetría de información es la intermediación de un tercer agente que actúa en nombre y representación del paciente [31]. Esta labor la desempeñan las compañías de seguros de salud, cuyo origen tuvo lugar ante la necesidad de las sociedades de contar con mecanismos de financiación solidarios que no dejasen la carga del costo de los servicios solo en el paciente y su familia, como sucedió en Alemania a finales del si-

glo XIX bajo el liderazgo del canciller Otto von Bismark [33]. Los seguros de salud se hicieron más necesarios a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando por el avance de la medicina y el consecuente crecimiento en los costos, hacían imposible que un paciente pudiese pagar por su propia cuenta los servicios que requería [34].

Los seguros de salud iniciales se especializaron luego en salud como empresas de medicina prepagada, entidades promotoras de salud u organizaciones para el mantenimiento de la salud. Estas nuevas entidades se encargaban de pagar por el paciente, organizar la prestación de los servicios, e incluso intervenir sobre la conducta del afiliado para modificar sus riesgos de enfermar. Estas tareas, asumidas por los aseguradores, han sido objeto de críticas por parte del gremio médico y de los mismos hospitales, a las que han considerado una intromisión en la relación con su paciente, que a su juicio afecta negativamente los resultados, en especial su calidad [35].

Existen otros fallos de mercado que podrían también afectar los beneficios esperados para el paciente y su costo. Por ejemplo, cuando el médico es propietario de los servicios que recibe el paciente, o cuando utiliza tecnologías que son de su propiedad o de las cuales recibe algún beneficio, que además no son costo efectivas/eficientes, esto es, cuando el resultado obtenido no es proporcional al costo asumido cuando se compara con otras alternativas disponibles [36]. Para controlarlo, los Estados han exigido la evaluación de las tecnologías en salud como requisito previo para permitir su uso, y en el otro caso, han prohibido que el médico pueda autorreferir al paciente a servicios de su propiedad.

Adicional a los fallos del mercado de salud mencionados, existe otro originado en que sus actores prefieren sacar ventaja de no competir entre sí, colocando obstáculos para que esto pueda darse. Es el caso cuando los médicos ponen barreras para impedir nuevos competidores que les podrían disputar sus mercados, como cuando restringen la formación de nuevos especialistas, o establecen severos requisitos para que sus colegas extranjeros puedan ejercer la profesión. En igual sentido, los hospitales también hacen lo mismo, al comportarse como monopolios naturales [37], lo que les permite tener unos precios más elevados y disponer de servicios insuficientes, mediante la generación de listas de espera. Esto se facilita por el relativo tamaño pequeño del mercado en ciertos lugares, asociado a los altos costos de inversión que se requieren para montar un nuevo hospital, condiciones que dificultan hacerlo [38]. También, y como parte de estas actitudes anticompetitivas, médicos y hospitales crean artificialmente mercados con productos y calidades diferentes, dependiendo de quién pague, con lo que terminan vendiendo lo mismo a precios diferentes.

Un cuarto fallo del mercado radica en que la salud es un producto fácilmente diferenciable, dificultando que pueda ser comparado por un consumidor interesado en

buscar lo mejor, lo que a su vez facilita la diferenciación en los precios. Como resultado de la diferenciación del producto de salud, los servicios pueden ser ofrecidos de manera fragmentada por múltiples instituciones aisladas. Esto hace que no sea un producto integral agregado ofrecido por un solo conjunto integrado de prestadores que generan un resultado final en salud, sino más bien la sumatoria de resultados intermedios fragmentados [39], donde al final no hay un solo responsable del efecto final. Lo anterior hace que el pago que se hace por los servicios esté atado más a la cantidad consumida que a las consecuencias integrales alcanzadas, donde el ingreso del proveedor aumenta en la medida que exista un mayor consumo [40], y no en el nivel de salud alcanzado por el paciente [41].

Un quinto fallo radica en que la salud ha sido considerada un bien conexo con la dignidad humana, que lo ubica como una responsabilidad del Estado, haciendo que sea un derecho humano meritorio, donde contribuir con su financiación deja de ser una preocupación de las personas, porque, así no lo haga, deberán atenderlo [42].

Finalmente, el riesgo moral es un fallo de mercado que se produce cuando el paciente, al no pagar por los servicios, reduce su conciencia sobre las implicaciones de consumirlos sin necesidad y tener que asumir sus costos, lo que lleva a que en ocasiones actúe de manera despreocupada con su propia salud o lo lleve a consumir servicios irracionalmente [43], en lo que se han utilizado los copagos o deducibles para controlarla.

Esto demuestra que los fallos del mercado de servicios de salud prácticamente han existido desde que médicos y pacientes se han relacionado libre y espontáneamente, y en lo cual los primeros ofrecen un servicio complejo y los segundos pagan por ello, en lo que se pueden generar desequilibrios a favor o en contra de ambos, y que, por lo tanto, no fueron creados por ninguna autoridad, y que más que ello las actividades desplegadas por los Estados han estado siempre orientadas a corregirlos antes que a profundizarlos. Los fallos en el mercado de servicios de salud son connaturales a la forma como este se organiza y opera; siempre van a existir problemas en cualquier mercado y siempre habrá algo por mejorar, más en el de la salud, que se considera imperfecto, con recursos limitados y expectativas infinitas.

El diseño institucional planteado por la Ley 100 de 1993

El modelo de salud imperante en Colombia hasta 1993 podría catalogarse como del tipo segmentado, en tres subsectores: seguros sociales, sector privado y asis-

tencia pública [44]. Este modelo separaba la población entre personas sin y con capacidad de pago, que, a su vez, abarcaba dos subgrupos: el primero, constituido por quienes trabajaban en el sector formal de la economía, cubiertos por instituciones de seguridad social (22 % de la población); y el segundo, las clases medias y altas no cubiertas por la seguridad social, que acudían al sector privado mediante seguros privados o por pagos directos de su bolsillo (4 % de la población). Por último, estaban los pobres y la mayoría de los trabajadores informales (74 % de la población), excluidos de la seguridad social por no tener empleo o por no estar formalmente empleados. Su atención era ofrecida mayoritariamente por los hospitales públicos y también por entidades privadas de caridad o de menor calidad, a las que pagaban directamente el servicio [45].

Uno de los motivos para que Colombia decidiera regular este mercado fue el agotamiento del sistema imperante hasta ese momento para atender las demandas de la población en materia de protección contra la enfermedad [44], que se basaba en un modelo donde la inmensa mayoría de la población debía pagar de su bolsillo, que además consideraba los servicios como una asistencia del Estado, desconociendo su carácter de derecho humano y su papel como factor determinante del desarrollo económico y la estabilidad política y social.

El diseño implícito en la reforma de 1993 se fundamenta en los postulados del aseguramiento social y no del comercial, como se afirma [25,37], con lo que se pretendía regular un mercado ya existente altamente imperfecto e inequitativo [44], segmentado según la capacidad de pago de la población y casi exento de controles. Los arreglos institucionales y normativos propuestos pretendían corregir los fallos de mercado descritos, siendo las principales estrategias separar, descentralizar y especializar las funciones de rectoría, vigilancia y control, financiación, administración del riesgo y provisión de servicios, en entidades autónomas encargadas de ellas, a fin de reducir el conflicto de intereses entre quien produce, quien compra, quien consume y quien regula. Establecía un plan de beneficios único e igual en sus contenidos para todos los afiliados, cuyo precio o pago per cápita estarían regulados por el Estado y no sometidos a las leyes del mercado, mecanismos que deberían estimular la eficiencia, promover la equidad y regular la competencia. La afiliación sería obligatoria a cualquier asegurador, quien debería identificar y gestionar los riesgos de sus afiliados, así como organizar y pagarle a la red de prestación de servicios, sin que pudiesen ejercer mecanismos discriminatorios para seleccionar los riesgos [44].

Reflexión final

Decir que la reforma de salud de 1993 en Colombia convirtió la salud en una mercancía sujeta a las reglas de la oferta y la demanda olvida que esta ha sido un escenario privado reconocido como atípico y altamente imperfecto, en el que si se permitiesen operar libremente las leyes del mercado, se producirían desequilibrios en contra de pacientes y de quienes financian los servicios. El diseño institucional y normativo de la Ley 100 de 1993 es una inconfundible intervención del Estado colombiano para regular un mercado altamente desequilibrado, con la finalidad de crear un seguro público obligatorio y universal, que convirtió la salud en un derecho humano, todo lo contrario, a una mercancía. Medidas como controlar la prima de servicios, el contenido de los beneficios, prohibir la negación de la afiliación según la condición de salud o la no cobertura de enfermedades preexistentes, exigir la creación de paquetes de servicios y de redes de atención, y controlar los precios de los insumos, entre otras medidas, son claros ejemplos que alejan esta ley de lo que sería un libre mercado comercial y hacen que se defina mejor como un escenario regulado de carácter social.

No obstante, estas medidas han sido objeto de cuestionamientos por quienes vieron afectados sus intereses y no necesariamente los de los pacientes. Médicos y clínicas privadas consideraban que este sistema interferiría en la libre relación con el paciente y, por ende, en la calidad del servicio. La industria farmacéutica y de tecnología biomédica se verían afectadas por el control a la importación de tecnologías y a su precio. El sector asegurador consideraba que la regulación de los beneficios y su prima promedio, así como la restricción para seleccionar afiliados, arriesgarían la viabilidad de su negocio. En el fondo había un reclamo por la afectación de intereses particulares que podrían reducir sus ingresos, lo que ha contribuido a deslegitimar esta reforma.

Por lo tanto, catalogar de neoliberal el modelo de salud colombiano creado en 1993, desconoce además de su evolución histórica progresiva como derecho, desde la asistencia pública de caridad a los más pobres ofrecida por entidades privadas, pasando por un derecho solo de los trabajadores desde 1945, hasta ser considerada un derecho irrenunciable de todos los ciudadanos a partir de la Ley 100 de 1993.

Referencias

1. Ugalde A, Homedes N. La transformación de las estructuras globales de poder y su impacto en la salud. En: Mutis S, compilador. *Capitalismo y salud*. Bogotá: Palimpsesto [internet]; 2008 [citado 2023 dic. 10]. pp. 13-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John-Estrada-Montoya/publication/320505976_Dossier_Capitalismo_y_salud/links/59e8d67b0f7e9bc89b6060c77/Dossier-Capitalismo-y-salud.pdf

2. Useche Aldana B. De la salud pública a la salud privada: una perspectiva global sobre la reforma al Sistema de Salud en Colombia. En: Mutis S, compilador. *Capitalismo y salud*. Bogotá: Palimpsesto [internet]; 2008 [citado 2023 dic. 10]. pp. 121-32. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/John-Estrada-Montoya/publication/320505976_Dossier_Capitalismo_y_salud/links/59e8d67b0f7e9bc89b6060c77/Dossier-Capitalismo-y-salud.pdf
3. Waitzkin H. Neoliberalismo y salud. En: Waitzkin H. *Medicina y salud pública al final del imperio*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013. pp. 117-26.
4. Filho N, Paim J. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad. Méd. Soc.* [internet]. 1999 [citado 2023 dic. 10]; (75):5-30. Disponible en: https://nutricion.fcm.unc.edu.ar/wp-content/uploads/sites/16/2013/06/Salud_colectiva_almeida_filho.pdf
5. Vega-Vargas M, Eslava-Castañeda JC, et al. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. *Rev Gerencia y Políticas de Salud* [internet]. 2012 [citado 2023 dic. 10]; 11(23):58-84. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54525297005>
6. Quevedo E, Quevedo MC. La salud pública en Colombia: seis siglos entre el interés internacional y el desinterés nacional. *Revista del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario* [internet]; 2001 [citado 2023 dic. 10]; 95(588):5-29. Disponible en: <https://app.box.com/s/15hv8iui0eave51qkty0j7fs52z6lekl>
7. Navarro Ruvalcaba MA. Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina. *Desacatos* [internet]. 2006 [citado 2023 dic. 10]; (21):109-34. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2006000200008
8. Cebotarev E. El enfoque crítico: una revisión de su historia, naturaleza y algunas aplicaciones. *Rev. Latinoam. Cienc. Soc. Nínez Juv.* [internet]. 2003 [citado 2023 dic. 10]; 1(1):17-56. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77310105>
9. Marcuse H. *Entre hermenéutica y teoría crítica. Artículos 1929-1931*. Barcelona: Herder Editorial; 2011.
10. Aguirre Román J, Botero Bernal AO, Pabón Mantilla AP. Neoliberalismo: análisis y discusión de su polisemia. *Justicia*. 2020;25(37):109-24. DOI: <https://doi.org/10.17081/just.25.37.3523>
11. Jahan S, Mahmud AS, Papageorgiou C. ¿What is Keynesian economics? Back to basics. *Finance & Development International Monetary Fund*. [internet]. 2014 [citado 2023 dic. 10]; 51(3):53-54. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2014/09/basics.htm#:~:text=Keynesians%20believe%20that%2C%20because%20prices,constant%2C%20then%20output%20will%20increase>
12. Hayek FV. *Camino de servidumbre* Madrid: Alianza; 1995.
13. Friedman M. *Capitalismo y libertad* Madrid: Rialp; 1966.
14. Calvento M. Fundamentos teóricos del neoliberalismo: su vinculación con las temáticas sociales y sus efectos en América Latina. *Convergencia* [internet]. 2006 [citado 2023 dic. 10]; 13(41):41-59. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352006000200002
15. Draibe SM, Riesco JM. Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea. México: CEPAL [internet]; 2006 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4980-estado-bienestar-desarrollo-economico-ciudadania-algunas-lecciones-la-literatura>

16. Farge Collazos C. El Estado de bienestar. Enfoques [internet]. 2007 [citado 2023 dic. 10]; 19(1-2):45-54. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/259/25913121005.pdf>
17. Gómez-Bahillo C. Reflexiones sobre el Estado del bienestar. Proyecto social: Revista de relaciones laborales [internet]. 1998 [citado 2023 dic. 10]; (6):105-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=229734>
18. Williamson J. What Washington means by policy reform. Peterson Institute for International Economics [internet]; 1990 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.piie.com/commentary/speeches-papers/what-washington-means-policy-reform>
19. Echavarría JJ. Colombia en la década de los noventa: neoliberalismo y reformas estructurales en el trópico. Cuad. Econ. [internet]. 2001 [citado 2023 dic. 10]; 20(34):57-102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-47722001000100004
20. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud [internet]; 1993 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://documentos.bancomundial.org/es/publication/documents-reports/documentdetail/282171468174893388/informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>
21. Hunt P. Interpreting the international right to health in a human rights-based approach to health. Health Hum Rights. [internet]. 2016 [citado 2023 dic. 10]; 18(2):109-130. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394996/>
22. Organización de las Naciones Unidas. ¿Qué son los derechos humanos? Derechos económicos, sociales y culturales [internet]; 2023 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/human-rights/economic-social-cultural-rights>
23. Colombia, Constitución Política de 1991 de Colombia. [internet]; (1991 jun. 13) [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Constitucion/1687988>
24. Colombia, Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión de la Corte Constitucional. Sentencia T-760/082008. Referencia: expedientes T-1281247, T-1289660, T-1308199, T-1310408, T-1315769, T-1320406, T-1328235, T-1335279, T-1337845, T-1338650, T-1350500, T-1645295, T-1646086, T-1855547, T-1858995, T-1858999, T-1859088, T-1862038, T-1862046, T-1866944, T-1867317, y T-1867326. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa [internet] 2008 jul. 31 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
25. Hsiao W, Shaw PR. Social health insurance for developing nations. World Bank Publications [internet]; 2007 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_and_shaw_2007_-_shi_for_developing_nations.pdf
26. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. Rev Fac Med. 2017;65(1):107-13. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>
27. Arrow K. La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas. Rev. Econ. 1981;(574):47-64.
28. Belli P. How adverse selection affects health insurance market. Working Paper 2574. Washington; [internet]; 2001 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/2574.html>
29. Newhouse J. Cream skimming, asymmetric information, and a competitive insurance market. J. Health Economics. 1984;3(1):97-100. DOI: [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(84\)90030-4](https://doi.org/10.1016/0167-6296(84)90030-4)
30. Rossiter L, Wilensky G. Health economist-induced demand for theories of physician-induced demand. J Hum Resour. 1987; 22(4):624-7. DOI: <https://doi.org/10.2307/145708>
31. Nguyen H. The principal-agent problems in health care: Evidence from prescribing patterns of private providers in Vietnam. Health Policy Plan. 2011;26(Sup. 1):153-62. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapol/czr028>
32. Karchmer S. Códigos y juramentos en medicina. Acta Médica Grupo Ángeles. [internet]; 2012 [citado 2023 dic. 10]; 10(4):224-34. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am124k.pdf>
33. Organización Internacional del Trabajo. (2009). De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. Revista Trabajo [internet]. 2009 [citado 2023 dic. 10]; (67). Disponible en: https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_122242/lang-es/index.htm
34. Stiglitz J. Economía. Barcelona: Ariel S. A.; 1994.
35. Bravo J, Fernández N. Una mirada histórica sobre los seguros y sus inicios en Colombia. Gest. Soc. [internet]. 2011 [citado 2023 dic. 10]; 4(2):141-54. Disponible en: <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1169&context=gs>
36. Warner K, Luce B. Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de la salud: principios, práctica y potencialidades México: Fondo de Cultura Económica; 1995.
37. Hsiao W. ¿What should macroeconomists know about health care policy? A primer. Washington: International Monetary Fund [internet]; 2011 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2000/wp00136.pdf>
38. Stiglitz J. Monopolios y competencia imperfecta. En: Stiglitz J. Economía. Barcelona: Editorial Ariel S. A.; 1994. pp. 439-68.
39. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas; [internet]. 2010 [citado 2023 dic. 10]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323>
40. Izumida N, Urushi H, Nakanishi S. An empirical study of the physician-induced demand hypothesis- the cost function approach to medical expenditure of the elderly in Japan. Review of Population and Social Policy [internet]; 1999 [citado 2023 dic. 10]; (8):11-25. Disponible en: https://www.ipss.go.jp/publication/e/r_s_p/no.8_p11.pdf
41. García JC, Morales L. Remuneración a los proveedores de servicios de salud en Bogotá. Rev. Salud Pública. 2017; 19(2):219-26. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.66155>
42. Castaño-Yepes R. La característica de bien meritario que tiene la salud. Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. Salud Pública México. 1999;41(5).
43. Stiglitz J. Riesgo moral. En: Stiglitz J. Economía. Barcelona: Ariel, S. A. Barcelona; 1994. p. 80.
44. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo [internet]; 1997 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>
45. World Health Organization. World health statistics 2007 [internet]; 2007 [citado 2023 dic. 10]. Disponible en: <https://lc.cx/AEDNWQ>