

*Sección: Temas de controversia**Ley 100: ¿Quo vadis?*

Oscar Echeverri, M.D., Sc.D.*

Los sistemas de salud en el mundo reflejan valores y principios ampliamente compartidos por la gente. Esos valores y principios han estado en constante cambio en los últimos 50 años. El valor que se asigna a la salud ha crecido enormemente en todo el mundo, simultáneamente con cambios demográficos y epidemiológicos, con una mayor conciencia del usuario, y con nuevas y costosas tecnologías en salud.

Estos cambios, que se ligan con nuevas corrientes de pensamiento sobre el papel del Estado en la sociedad y con restricciones fiscales de los gobiernos, han modificado de manera sustantiva la organización, contenido, costo, financiamiento y entrega de los servicios de salud en muchos países del mundo. Colombia entró a formar parte de ese inmenso laboratorio social donde se ensayan reformas a los sistemas de salud, con el Sistema de Seguridad Social en Salud (SSSS) establecido por la Ley 100 de 1993.

POR QUÉ CAMBIAMOS

La Ley 100 propone una de las reformas más avanzadas, no sólo en Latinoamérica sino en el contexto mundial. El modelo anterior de servicios, fue fruto de una escuela de pensamiento preconizada por organizaciones internacionales, y se caracterizó por lo siguiente:

Primero, el modelo consistía en la oferta de servicios de acuerdo con las

necesidades definidas por expertos. Los beneficiarios tenían poco o nada que hacer para definir la demanda real de servicios, pues su pasividad, enraizada en la asimetría de información, los convertía en invitados de piedra al sistema.

Segundo, los servicios públicos entregados por el sistema eran de baja cobertura y con frecuencia insuficientes y de baja calidad.

Tercero, la estructuración, financiamiento y operación de los servicios públicos era responsabilidad del Estado, que subsidiaba la oferta de servicios como una expresión de la filosofía del Estado benefactor (*welfare state*).

La crisis de ese Estado benefactor fue uno de los factores más importantes en promover reformas a los sistemas de salud en el mundo occidental. Creado para contrarrestar el avance del comunismo, el Estado benefactor requirió más impuestos y más burocracia pública para sostenerse. Pero ambos requisitos crecieron de modo exorbitante hasta generar una carga impositiva insostenible y una burocracia con costos exagerados que, en la gran mayoría de los casos, ha sido ineficaz y poco transparente. La política del «*welfare state*» amenazó con llevar a la bancarrota al Estado, y éste reaccionó reduciendo el peso financiero y transfiriéndolo de sus programas a los ciudadanos.

Así las cosas, el Estado colombiano decidió entrar en la escena de los cambios, y reemplazar el modelo pú-

blico de oferta subsidiada de servicios por uno de libre competencia regulada, con subsidio a la demanda como mecanismo de protección directa a la población más pobre. Este subsidio coloca al usuario más pobre en condiciones de igualdad (por lo menos en teoría) con el usuario que sí puede pagar sus servicios. Otras características básicas del nuevo modelo son las siguientes:

Primero, establecimiento de un mercado descentralizado de servicios de salud, con un ente intermediario/administrador, las Empresas Promotoras de Salud (EPS); un ente proveedor de servicios, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS); y un usuario que se organiza para acceder a los servicios, como afiliado contribuyente (si paga su cotización a una EPS) o como afiliado subsidiado, si por ser pobre, su cotización la paga el Estado.

Segundo, el mercado se establece entre las EPS, que representan al usuario en la compra de servicios, y las IPS. También las EPS se encargan de coleccionar y transferir las cotizaciones de los afiliados a un Fondo Nacional de Solidaridad y Garantía (FNSG).

Tercero, el FNSG reembolsa a las EPS los costos de los contratos de servicios con las IPS, mediante Unidades de Pago por Capitalización (UPC). Estos contratos especifican un Plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) establecido por ley para los afiliados contribuyentes y para los afiliados subsidiados (POSS). Tales contratos están sujetos al poder de mercado y capacidad de negociación

* Especialista Senior (R), Banco Mundial. Apartado aéreo 032989, Cali.

de las partes (EPS e IPS).

Cuarto, el Estado mantiene y fortalece su papel de regulador de un mercado que presenta irregularidades (*market failures*) en su funcionamiento, en relación con las leyes clásicas de oferta y demanda, mediante una superintendencia central de salud.

Quinto, el SSSS plantea eliminar la inequidad mediante el subsidio a la demanda y la apertura del mercado de servicios para los proveedores públicos y privados, en condiciones de competitividad equilibrada. El usuario tiene representación en las EPS e IPS y además se puede organizar en asociaciones para contratar servicios y para la «defensa» del consumidor.

Esta síntesis apretada de los rasgos esenciales del SSSS, permite asegurar que los colombianos cambien radicalmente de un modelo paternalista que subsidiaba la oferta, en la mayoría de los casos ineficiente, inequitativo, y de baja calidad, a un sistema universal obligatorio de seguridad social en salud para 100% de los colombianos. El sistema se fundamenta en la universalidad, la equidad, la solidaridad y la eficiencia.

LA LEY 100 HOY

Los cambios radicales contenidos en la Ley 100 colocan a Colombia a la vanguardia de los países con reformas en el sector salud, como Alemania, Holanda, y Canadá. En estas naciones los sistemas de salud se asemejan a un montaje de relojería donde sus piñones trabajan sincrónicamente, bajo tensiones equilibradas, y con cierta eficiencia garantizada. El piñón del usuario, el piñón del intermediario-administrador, y el piñón del prestador de servicios, son de materiales que tienen resistencias iguales para garantizar que el sistema no se rompa por las tensiones que impone su fun-

cionamiento.

El sistema colombiano tiene los mismos piñones, pero los materiales con que se ensambló son de material distinto: El piñón del usuario es de caucho, el de las EPS es metálico, y el de las IPS es de ¡corcho! Esto hace que el sistema, que apenas inicia su operación, presente serios riesgos en su funcionamiento, pues la tensión en el medio donde opera (económico, social, cultural, y político) es alta, y los piñones de caucho y de corcho están en peligro de romperse frente a la acción del piñón metálico.

El usuario (piñón de caucho) ha sido pasivo, sin capacidad de reclamo ni de negociación. El SSSS prevé la organización de veedurías comunitarias, de empresas solidarias de salud propiedad de los usuarios, una línea telefónica para comunicación las 24 horas con las EPS y representación *obligatoria* en las juntas de las EPS e IPS. La pregunta es si existe la cultura ciudadana suficiente y la capacitación de los usuarios (no explícita en la ley) para cumplir con el mandato de participación comunitaria.

Mientras se aumente el capital social en el país a los niveles que estos compromisos comunitarios requieren, los usuarios seguirán soportando los «chuzones» del piñón de metal y la incomodidad del piñón de corcho sin quejarse, porque no saben cómo ni a través de qué mecanismo hacerlo. Aquí, el SSSS debe hacer un esfuerzo muy grande y por tiempo largo -5 a 10 años- hasta lograr que el usuario entre a funcionar en igualdad de fortalezas con los otros elementos del sistema. El piñón del usuario debe volverse metálico en un período de 5 a 10 años para evitar el funcionamiento deficiente del sistema.

Las EPS (piñón metálico) han funcionado en el mercado de servicios de salud por muchos años en Colombia.

El temor reside en que aquellas EPS con mayor experiencia y poder de mercado capturen rápidamente un segmento amplio del mercado, y hagan difícil la entrada a nuevas EPS. A mediano plazo, esta situación conduciría al establecimiento de un cartel u oligopolio en el sistema, a pesar de que la ley prohíbe acuerdos o convenios entre EPS, que puedan «impedir, restringir, o falsear el juego de la libre escogencia!».

Por otra parte, su poder de mercado y capacidad de negociación están muy por encima del poder y capacidad similares de las IPS. Esta asimetría está conduciendo a formas de contratación y de ejecución de los servicios muy desventajosas para las IPS.

Finalmente, las IPS (piñón de corcho) son el componente más débil del sistema. En primer lugar, alrededor de 60% en la infraestructura de servicios de salud pertenece al sector público. Con excepción de un segmento reducido de hospitales y centros de salud, la red de servicios públicos es de mala calidad por su infraestructura inadecuada, su dotación insuficiente de equipos e insumos, su pésimo mantenimiento, y su personal desestimulado por los salarios bajos y por la escasa capacitación en servicio.

La Ley 100 le permite a las IPS públicas que se conviertan en empresas sociales del Estado, como mecanismo para facilitarles la entrada en la competencia del mercado de servicios con las IPS privadas. El problema que enfrenta el Estado consiste en que para poner en condiciones de competir a sus IPS, tendría que hacer inversiones que, por su magnitud y riesgo, probablemente no sean las más atractivas ni las más recomendables.

La pregunta entonces sería si es factible económica y financieramente

convertir en empresas sociales del Estado a toda esa infraestructura pública de servicios. Lo más probable es que una proporción pequeña (no más de 30%) podría estar en condiciones de competir; y una proporción similar (30%-35%) podría ser objeto de inversiones sustantivas para lograr un nivel de calidad que le permita competir. El resto, 35%-40%, estaría destinado a desaparecer.

¿Sería sensato que el Estado haga las inversiones en ese 30%-35% recuperable? ¿O sería mejor transferir esa infraestructura mediante figuras legales, como el comodato, a los profesionales de la salud y que sean ellos los que hagan la inversión facilitada por el Estado mediante financiamientos atractivos? Piénsese por un momento cómo será la situación en 10 años si el Gobierno se queda con toda esa infraestructura de servicios para competir en el mercado con las IPS privadas. Se debe recordar que

ya está demostrado hasta la saciedad que la prestación de servicios eficientes y de buena calidad no es una de las virtudes más notorias del Estado.

En segundo lugar, la Ley 100 no previó la necesidad de una redefinición del papel de las asociaciones profesionales en el nuevo sistema de seguridad social en salud. Actualmente, los profesionales de la salud en Colombia mantienen organizaciones muy débiles, casi siempre dedicadas, con pocas excepciones, a reivindicar derechos sindicales y a refrescar de vez en cuando algunos conocimientos en sus especialidades respectivas, para rematar con un coctel de amistad y camaradería.

El sistema que propone la Ley 100 exige una organización profesional sólida, seria, con una responsabilidad muy clara sobre el equilibrio de poder del mercado y capacidad de negociación que debe existir en las relaciones contractuales entre IPS y EPS, sobre

la calidad del profesional que debe tener la medicina y otras ciencias de la salud, sobre la oferta y demanda de recurso humanos para el sistema, y sobre los valores éticos y las sanciones que deben regir la práctica de los servicios de salud.

Infortunadamente, tanto la infraestructura de servicios públicos como la organización de los profesionales que tiene el país son tan débiles que no garantizan un funcionamiento armónico del sistema. Si no se da la prioridad para fortalecer este piñón del sistema, si no se le cambia por uno metálico, el sistema se debilitará hasta malograr su funcionamiento. Si esto ocurre, ¿quo vadis Ley 100?

REFERENCIA

1. Ministerio de Salud. *Ley 100 de diciembre de 1993, por la cual se crea el Sistema Nacional de Seguridad Social Integral*. Libro II. Título II. Capítulo 1. Artículo 183. Parágrafo 2. 1993.