

A propósito de la reforma de la Ley 100 de 1993

Mario Hernández Álvarez

Profesor del Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá.

La reforma de la Ley 100 de 1993 no tiene nada de reforma. El proyecto de ley archivado por la Comisión Séptima de la Cámara pretendía lograr lo que la Ley 100 proponía desde el comienzo. Según ella, todos los colombianos y colombianas deberíamos estar afiliados al régimen contributivo, si podemos cotizar, o en el régimen subsidiado, si somos pobres, léase SISBEN 1 y 2. Para esto, el proyecto pretendía corregir algunos problemas de funcionamiento del sistema, aumentar los recursos disponibles para lograr la cobertura de todos los pobres por el régimen subsidiado y separar aún más las acciones de salud pública colectiva de los servicios de promoción y prevención, para dejar los primeros a los entes territoriales a través del Plan de Atención Básica (PAB), y los segundos a las nuevas EPS del Régimen Subsidiado. Para tranquilizar a los hospitales, se obligaba a las nuevas EPS del Régimen Subsidiado a contratar con ellos en un mínimo de 65% y se les garantizaba la contratación para la atención de “vinculados” o no afiliados, con un 25% de los recursos de transferencias. El Senado le agregó la propuesta de sostener el impuesto del 4 por mil para la recuperación y sostenibilidad de los hospitales públicos.

Así, la propuesta profundizaría las desigualdades en la atención de los pobres, los sectores medios y los ricos. Profundizaría, además, la idea predominante de que la salud es una mercancía por la que se debe pagar. Sólo quien demuestra no tener con qué pagar, merece el famoso subsidio, que no es otra cosa que la perpetuación de la dependencia asistencialista de las personas hacia el Estado.

La idea central que sostiene el modelo segmentado de aseguramiento es la ley del “peor es nada”, y como los pobres han tenido poco o casi nada, el Régimen Subsidiado se sostiene a toda costa, con un plan obligatorio de salud (POSs) que representa el 60% del POS contributivo. Se dice que el subsidio a la demanda es el único mecanismo porque da más seguridad a los pobres de ser atendidos. Pero esto no necesariamente es así, como se puede observar en muchos países. Si bien las encuestas de calidad de vida muestran que quien tiene el carné acude más a los servicios que quien no lo tiene, también es cierto que los no afiliados o “vinculados” en Bogotá, atendidos por la red hospitalaria pública, con frecuencia afirman que no quieren entrar al Régimen Subsidiado porque son conscientes del aumento de las restricciones y de la disminución de los servicios. Tampoco se ha discutido con suficiencia el problema del acceso efectivo a los servicios y la calidad de la atención de los

pobres en el Régimen Subsidiado. Pero como “peor es nada”, la meta es cubrir a todos los pobres, léase SISBEN 1 y 2, con el subsidio que hay.

El argumento eterno es el de la falta de recursos. Por esto, para ampliar la cobertura del Régimen Subsidiado el gobierno propuso una reforma de la distribución de los recursos de la Ley 715 de 2001, sobre el Sistema General de Participaciones o transferencias de la Nación a los entes territoriales. De esta manera, el proyecto que se hundió en la Comisión Séptima de la Cámara no sólo afectaba la Ley 100 sino también la 715. El propósito era reorganizar los recursos de transferencias, aumentar levemente el porcentaje de solidaridad entre el contributivo y el subsidiado, y aumentar algunos recursos de la Nación. Todo esto, sin afectar las ganancias de los aseguradores e intermediarios del Régimen Subsidiado. Pero esto también merece discusión. En 2002 circularon 17 billones de pesos en el sistema de salud, que correspondían a 386 mil pesos por persona al año, por encima de lo que se pagó por la unidad de pago por capitación (UPC) en el Régimen Contributivo ese año. Hoy se trata de ajustar las cuentas para mostrar que no hay tanta plata. En todo caso, no es poca y constituye el 8% de PIB. La pregunta es si se trata de sostener el negocio, con el lucro y los costos de intermediación actuales, o si es posible atender las necesidades de la gente con los recursos disponibles.

El proyecto de ley no se hundió porque fuera más de lo mismo o porque se hubiera aceptado que existen otras alternativas para organizar el sistema de salud colombiano. Se hundió porque el gobierno le retiró su apoyo y porque los principales agentes del negocio de la salud, las empresas promotoras de salud, lo vetaron.

El gobierno nacional abandonó el proyecto por varias razones. Primero, se dio cuenta que podía continuar ampliando la cobertura del Régimen Subsidiado con las estrategias que adelanta, sin tener que reformar la Ley 100. Segundo, porque el cálculo, todavía desconocido, de las metas de recursos que definirá la reforma tributaria que presentará el segundo gobierno de Uribe el próximo 20 de julio, incluye el 4 por mil. Por esto, la propuesta del Senado de sostener este impuesto para garantizar la sostenibilidad de los hospitales públicos no fue avalada por el gobierno. Y tercero, porque el proyecto era una reforma de la Ley 715 y el gobierno debe presentar un proyecto de ley que reemplace la 715, cuya vigencia termina en 2007. El nuevo proyecto, está anunciado, disminuirá aún más las transferencias para paliar el déficit fiscal.

De otra parte, las EPS se opusieron por dos razones fundamentales: primero, porque no les cuadran las cifras de recursos para lograr la cobertura de todos los pobres en el Régimen Subsidiado; y segundo, porque el proyecto hablaba de una restricción de la integración vertical, esto es, el uso de sus propias clínicas, con lo cual se afectan seriamente sus ganancias.

En estas condiciones, lo más probable es que se presente otro proyecto de ley para la próxima legislatura que logre disminuir los impactos negativos para el fisco y para los dueños del negocio, desviando la atención, otra vez, del asunto principal: la salud de la población y las inequidades en salud acumuladas durante tanto tiempo.

Lo anterior hace necesario un debate más amplio y profundo sobre el tema, y la construcción de alternativas reales de organización del sistema de salud colombiano, a partir de propuestas anteriores que han pasado desapercibidas, tanto en el Congreso como en los medios de comunicación. Es posible una solución estructural universalista, equitativa y realmente orientada por la salud como derecho humano fundamental y no como un buen negocio de unos pocos.