

La reforma de la salud: otro fiasco nacional

Iván Toro López*

* Dirigente político y asesor sindical

La crisis hospitalaria, la campaña de propaganda y el cerco financiero contra el Seguro Social son la otra cara de la moneda de la gran expansión del "negocio de la salud", el cual mueve cerca de 600.000 millones de pesos anualmente. El fracaso de la reforma de la seguridad social en sus objetivos de aumentar los recursos, la eficiencia y la cobertura revelan que en esta política de privatización de la salud el que menos interesa es el pueblo. Deslinde

La salud y la seguridad social han sido sometidas a profundas reformas, en el marco de la estrategia neoliberal y aperturista promovida desde Washington. Los arúspices del revolcón las pusieron en la mira de su reformismo, pues, según ellos, "el problema más grave de la salud pública en Colombia consiste en la deficiente y escasa cobertura... una tercera parte de los colombianos, probablemente los más pobres, no tiene acceso a las instituciones de salud". 1 De acuerdo con su diagnóstico, hace una década los problemas del sector obedecían a "la persistencia de patologías susceptibles de controlar con acciones de atención primaria; baja cobertura de servicios; falta de complementariedad entre los sistemas; problemas crónicos de gestión; dificultades en el recaudo de servicios; e insuficiente participación de la comunidad" 2. Como puede observarse, no merecía ninguna mención la carencia de recursos financieros, los cuales han disminuido, pasando de representar el 9.58% del Presupuesto Nacional en 1975, año de creación del Sistema Nacional de Salud, al 4.43% en 1984.

Para corregir tales desviaciones la propuesta de César Gaviria fue, entre otras, la reestructuración de los hospitales públicos, con lo cual supuestamente buscaba que "...cada entidad prestataria de servicios funcione como lo haría cualquier empresa eficiente"3. Además, pretendía proveer nuevos recursos mediante la llamada cofinanciación, cuyo propósito era "...estimular el esfuerzo financiero de los municipios en la solución de los problemas de salud... la contrapartida local podrá estar representada en dinero, maquinaria, equipos e insumos... así como los materiales y la mano de obra que la comunidad aporte"4. También formaba parte de la nueva política de salud "...racionalizar la automedicación"5. Todas estas recetas supuestamente tendrían como resultado la asignación de casi un billón de pesos de 1991 para los programas de salud y, como consecuencia de ello, "A partir de 1996, se llegaría a la cobertura total de las familias en situación de pobreza, correspondientes al 45% de la población"6.

En materia de pensiones se propuso la creación de un sistema de ahorro individual "...para eliminar ciertos excesos permitidos bajo el régimen actual y para equilibrar los beneficios ofrecidos en los sistemas alternativos"7. Con este nuevo esquema se pretendía "...movilizar un gran volumen de ahorro que... contribuirá a generar el empleo..." y "...obtener pensiones superiores al promedio salarial...", sobre la base de que "...la tasa de retorno sea superior al 6%, si la economía crece a una tasa superior al de la última década..."8. O sea que su éxito dependía de altas tasas de interés, es decir de la especulación financiera. Esas proyecciones se basaban en falsos escenarios como el que preveía una fidelidad del 100% en la afiliación al sistema, o sea una afiliación permanente de los trabajadores, que en realidad es del 62%. Es decir que, en promedio, un trabajador cotiza 32 de las 52 semanas del año, cifra que debe

haber tendido a disminuir por la inestabilidad generada por la Ley 50 de 1990 y la recesión producida por la apertura económica, la cual ha disminuido sensiblemente los ingresos de la población.

Samper ejecuta las reformas

Como quiera que la Ley 100 sólo fue aprobada a finales de 1993 –en las postrimerías del gobierno de Gaviria– y su reglamentación se hizo en el primer semestre del 94, fue a Samper a quien le correspondió echar a andar "... las nuevas instituciones del sistema, de manera que se garantice la cobertura universal del Plan Obligatorio de Salud en el año 2001"9. Dentro de los propósitos que se planteaba el Salto Social se contemplaba "Ampliar la cobertura de la seguridad social, duplicando la cobertura actual del régimen contributivo y afiliando al régimen subsidiado al 80% de la población más pobre y vulnerable, para pasar de una cobertura global de la seguridad social del 20% al 71% en 1998"10. Así se reconocía que no se había alcanzado lo anunciado cuatro años atrás, cuando se aseguró que en 1996 se habría cubierto la totalidad de la gente en condiciones de pobreza, esto es al 45% de la población. Las proyecciones apuntaban a que el régimen contributivo cubriría a quince millones de personas en 1998 –el 40% de la población– y el subsidiado ampararía a doce millones de colombianos.

En cuanto a la descentralización –otro de los componentes del modelo– se establecía que "Al finalizar el cuatrienio la totalidad de los departamentos y distritos, así como el 80% de los municipios, habrá obtenido la certificación para el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal. De la misma manera, la totalidad de las instituciones hospitalarias públicas se habrá constituido como empresas sociales del Estado"11. No obstante, a la fecha sólo el 30% de los municipios ha asumido la administración de los servicios de salud y, según el ministro del ramo, en octubre del 98 "...sólo 153 municipios de los 1.069 que tiene el país le enviaron información sobre los afiliados. De esos, sólo 9 la enviaron completa" 12.

La promesa de que el gasto en salud pasaría del 4.9 al 8% del PIB, hecha por César Gaviria, tampoco fue cumplida, pues el Salto Social apenas ofrecía incrementarlo del "...3.24% del PIB en 1994 al 5.3% en 1998"13. Sin embargo, se ocuparon de soslayar que el 49% de los recursos provenía de las cotizaciones de la seguridad social y otras contribuciones privadas. Por su parte, el régimen subsidiado se nutriría en 23.4% con recursos del presupuesto nacional y en 22% con el punto de cotización del régimen contributivo y los copagos, lo cual entrañaría 3.5 billones de pesos en los cuatro años para la atención de los subsidios orientados hacia la población menesterosa.

El Seguro Social avanza a pesar del gobierno

El principal blanco del ataque neoliberal en materia de salud ha sido el Seguro Social, el cual con los aportes de empleadores y trabajadores y después de cincuenta años es la institución que más ha avanzado en la perspectiva de dotar a los colombianos con un sistema de seguridad social, acorde con las necesidades nacionales.

Este avance del Seguro Social es notorio en las cifras disponibles. De acuerdo con ellas el número de consultas por afiliado aumentó de 2.28 en 1994 a 2.76 en 1998; se incrementó la cantidad de cirugías por afiliado, pasando de uno de cada 18.7 en el 94 a uno de cada 12.5 en el 98; las consultas odontológicas pasaron de 0.47 por afiliado a 1.46 en esos cuatro años; el número de fórmulas despachadas pasó de 2.14 por afiliado en 1994 a 2.37 en 1998; y los exámenes de laboratorio por afiliado subieron de 2.14 a 2.53 en el mismo período.

En 1998 la nómina representaba el 10% del total del presupuesto y la institución produjo utilidades por \$62.059 millones. Las tres áreas en las que se actúa se manejan en cuentas separadas: Invalidez, Vejez y Muerte, IVM; Enfermedad General y Maternidad, EGM; y Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional, ATEP. Pese a la

competencia del sector privado, en IVM el Seguro Social todavía tiene el 50% del total de afiliados al Sistema General de Seguridad Social. En el área de salud el ISS ha perdido cerca de un millón seiscientos mil afiliados, debido a la campaña orquestada en su contra y a que desde finales del 98 la Superintendencia de Salud le aplicó una sanción impidiéndole afiliar nuevos miembros, lo cual ha reportado un gran beneficio a las Empresas Promotoras Salud, EPS, privadas. Otro efecto negativo de esa medida ha sido que, como las otras tres entidades públicas – Caprecom, Cajanal y EPS Risaralda– también se encuentran sancionadas y a las privadas sólo les interesan los afiliados de las grandes ciudades, medio territorio nacional se encuentra sin posibilidades de inscribirse a la seguridad social.

En ATEP el Seguro Social aún mantiene el 50% del total de afiliados. Durante 1998 se produjeron pérdidas por \$46.641 millones en Enfermedad General y Maternidad, a causa de la selección perversa hecha por las EPS privadas, al no afiliar a las personas de la tercera edad y a los enfermos de cáncer y SIDA, lo cual en 1998 costó al ISS \$26.000 millones, ya que debe costear todos los gastos en esta materia. El ministerio de Hacienda le debe al ISS la mesada número 14 para los pensionados, otorgada en el mes de junio por el artículo 139 de la Ley 100, lo cual le ha costado al Seguro Social más de un billón de pesos.

Una cobertura insuficiente

El anunciado aumento de cobertura no se ha presentado, pues a finales de 1998 el régimen subsidiado tenía el 33% de los afiliados al sistema y el contributivo el 67% y entre los dos apenas aglutinaban al 54% de la población, mientras el 46% no estaba afiliado. Está lejos de cumplirse la meta impuesta por la Ley 100 en el sentido de que en el 2000 estaría cubierta toda la población. Además, a finales del año pasado sólo el 57% de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) accedía al Régimen Subsidiado.

CIFRAS BÁSICAS DEL ISS			
	1994	1996	1998
Afiliados en salud	7'853.731	10'919.870	12'655.105
Consultas	17'9000.000	26'000.000	35'000.000
Cirujías	418.527	628.000	1'050.000
Consultas odontológicas	3'720.839	7'900.000	18'500.000
Fórmulas	15'670.181	21'000.000	30'000.000
Exámenes de laboratorio	-	25'000.000	32'000.000
Contratos externos	4.649	488.598	650.000
Camas hospitalarias	-	4.897	6.720
Afiliados a pensionados	-	4'266.683	4'940.777
Afiliados a riesgos profesionales	-	3'199.573	3'958.362
Reservas IVM y ATEP	-	\$3"530.632	\$5"705.055

Antes de ser nombrado ministro de Transporte, Mauricio Cárdenas afirmaba que en cuatro años la cobertura había pasado del 20% al 57%, ocultando que esa es la suma de los afiliados a los dos regímenes, lo cual significa que las dos cifras no se pueden comparar, a menos que se incluyera en la primera –el 20%– los atendidos por el viejo Sistema Nacional de Salud, ahora a cargo del régimen subsidiado. Pero la situación parece ser peor, pues el informe

presentado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud revela que la afiliación al sistema, incluidos los dos regímenes, sólo alcanza al 48.4% del total de la población, de la cual el 41.9% se encuentra en el régimen subsidiado y el 58.1% en el contributivo. En cifras absolutas estos porcentajes significan 8'505.241 afiliados en el primero y 11'792.453 afiliados en el segundo, muy lejos de las proyecciones que apuntaban a doce y quince millones respectivamente. Hasta el presidente del ISS, Jaime Arias, uno de los progenitores de la Ley 100, reconoce que "...más de la mitad de los colombianos está por fuera del sistema que creamos en la Ley 100".

Para colmo de males, el Estado pagó a las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, lo equivalente a 7.5 millones de afiliados, pero según el ex ministro de Salud, Virgilio Galvis, en realidad sólo 4 millones 300 mil se benefician de la salud subsidiada, o sea que 3.2 millones de afiliados sólo existen en el papel. La falsificación de firmas y huellas dactilares y la suplantación de personas son algunas de las prácticas ilícitas que sustentan este fenómeno. Los negociados y la corrupción se han incrementado a partir de la reforma del año 93.

El presidente de la Asociación Colombiana de EMI, Oscar Emilio Guerra, reconoció que "la salud está atada a la economía y como hubo un problema económico que llevó a más desempleados, se perjudicó al sistema con desempleados que entran y salen de él, mientras otros están sólo un mes. Otros se recuestan en la red hospitalaria como vinculados o en el régimen subsidiado" 14.

La cobertura para la tercera edad es extremadamente baja y evidencia las deficiencias del nuevo sistema. Para el año 2000 se calcula que habrá 3'589.900 personas mayores de 60 años. Pero en el país sólo existen 395 centros de atención a la tercera edad con cupos para veinte mil personas, que representan menos del 1% de los ancianos, al paso que sólo aproximadamente mil ancianos, de los mencionados veinte mil recluidos en instituciones, tienen alguna forma de seguridad social.

Recorte del gasto en salud

Los recursos destinados a la salud han disminuido, no solamente debido a que el deterioro en los ingresos de los ciudadanos disminuye lo que destinan a la salud, sino porque el Estado no ha aportado la plata a la que se comprometió, pero sí acusa sin fundamento a los trabajadores del sector de ser los causantes de la crisis.

El incremento de recursos era otra promesa de los promotores de las reformas. Pero el monto real de dineros para la salud se ha visto afectado porque, mientras sus incrementos están atados a salarios que aumentan por debajo de la inflación, los costos de prestación de los servicios se mueven por encima del alza en el costo de la vida. Por ejemplo, en 1998 el rubro de salud tuvo un incremento en el Índice de Precios al Consumidor, IPC, de 20.63%, casi cuatro puntos por encima de la inflación promedio.

Para 1999 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, decidió no aumentar la Unidad Por Capitación, UPC, porque haberla aumentado en sólo el 10% hubiera significado reducir en 300.000 el número de afiliados, dadas las limitaciones presupuestales. Para 1998 el punto de cotización aportado por los trabajadores vinculados al régimen contributivo y que se dirige al régimen subsidiado, significó \$310.107 millones, más de la mitad del total recaudado en la subcuenta de solidaridad, en tanto que el aporte de la Nación sólo llegó a \$70.239 millones, no obstante haberse comprometido en el Plan de Desarrollo con \$184.485 millones. El ofrecimiento gubernamental de aportar el 23.4% de los recursos para los subsidios también se incumplió, terminando en menos del 12%. Como si fuera poco, el gobierno ha incumplido sus obligaciones con el Fondo de Solidaridad, hasta el punto de que hasta 1997 había acumulado una deuda que, actualizada, alcanzaba la cifra de \$531.315 millones, para cuyo pago fue necesario recurrir a la Corte Constitucional, la cual mediante sentencia forzó al Ministerio de Hacienda a amortizarla. De remate, las loterías que en 1997 recaudaron más de \$400.000 millones en ingresos

brutos, solamente giraron a los hospitales \$100.000 millones, al paso que las corruptelas también abundan en este sector.

Pese a que los hospitales han incrementado la facturación –o sea la venta de servicios– de \$300.000 millones en 1994 a \$1.1 billones en 1998 (casi el 50% de los recursos que manejan), su crisis no ha cesado, afectando principalmente a los grandes centros asistenciales. Las noticias acerca de la crisis hospitalaria inundan las páginas de los periódicos nacionales. A finales del año pasado se reportaba que el Hospital Universitario de Cartagena tenía un déficit de \$20.000 millones, adeudándole a sus médicos seis mil millones de pesos; el de Santa Marta registraba un faltante de \$7.910 millones, debiendo cinco meses de salarios; el Hospital General de Barranquilla debía dos meses de salarios a los galenos; el de Riohacha debía \$1.700 millones a los médicos; el Hospital Universitario de Popayán contaba con un déficit superior a \$14.000 millones de pesos; el San Juan de Dios de Armenia cuenta con un débito por \$10.000 millones, de los cuales \$2.800 corresponden a salarios de los profesionales de la medicina; el Departamental de Villavicencio tiene una carencia de \$5.000 millones, incluidos dos meses de salarios; el déficit de los hospitales de Boyacá alcanza los \$25.000 millones; y el de Bucaramanga adeuda seis meses a los especialistas y \$7.000 millones a los proveedores. ¡Este es el resultado de la conversión de los hospitales en Empresas Sociales del Estado que, supuestamente, iba a hacerlos eficientes y rentables!

Los adalides de la privatización alegan que el problema radica en los elevados costos laborales, sin tener en cuenta que el 90% de los trabajadores de la salud no pactan convenciones colectivas y sus condiciones salariales y prestacionales las determina el gobierno nacional. Una de las principales causas de la crisis hospitalaria es la mora en los pagos a las IPS por parte de las EPS, públicas y privadas. Los más importantes hospitales públicos han sido víctimas de esta situación: el Evaristo García de Cali, Federico Lleras de Ibagué, Erasmo Meoz de Cúcuta, San Jorge de Pereira y San Juan de Dios y Samaritana de Bogotá han acumulado cuantiosos déficits que amenazan su futuro.

De otro lado, los apologistas de la privatización afirman sin fundamento que hay exceso de personal, haciendo caso omiso de que las nóminas se encuentran congeladas desde hace muchos años y se han venido reduciendo gradualmente, mientras crece la llamada nómina paralela, o sea el personal con contratos temporales, que entre 1994 y 1998 creció el 22%. Entre tanto, lo que se hace patente es la necesidad real de aumentar el personal de los servicios de salud. Al mismo expediente recurren los administradores del Seguro Social cuando afirman que "...la actual convención colectiva, según el estudio de la OIT, es similar a la de Ecopetrol... Esto se está comiendo buena parte de las finanzas del ISS" 15, el cual, de acuerdo con esas declaraciones de Jaime Arias, gasta alrededor de un 25% en nómina, lo cual contradice lo afirmado en el balance presentado por la anterior administración, que los ubicaba en sólo 10%. En el presupuesto aprobado por el CONFIS para el año 2000, el rubro de gastos de personal (\$788.733 millones) solamente representa el 13.9% del total de los gastos proyectados (\$5'675.480 millones).

A todo lo anterior se suman las erogaciones causadas por la atención de los llamados vinculados, que constituyen el grueso de la población no afiliada al sistema en ninguna de sus dos modalidades, cerca de 20 millones de colombianos. Son las cuentas imposibles de cobrar, que no son reconocidas ni por el Distrito ni el ISS ni las EPS, después de que los hospitales han prestado el servicio. Se trata de pacientes que no pertenecen a ningún régimen pero que deben ser atendidos.

La evasión no ha podido controlarse. Según estudios realizados por Fedesarrollo y la Fundación Corona, dos defensores del modelo, en promedio se detectó una evasión del orden del 31%. En el ISS la evasión supera el 30% y sólo el 36% de las empresas no tiene ningún problema con sus aportes al Seguro Social. El presidente del ISS calcula el monto de esta evasión en \$500.000 millones.

El bajo crecimiento de la economía y las elevadas cifras de desempleo han hecho estragos en las asociaciones de riesgos profesionales, ARP. En 1998 el número de afiliados se mantuvo sin crecimiento. Aunque las cifras de afiliación muestran que el Seguro Social todavía mantiene al 50% del total de afiliados, en los dos últimos años

perdió el 18.5% del mercado frente a las ARP privadas. Además, la cotización promedio por trabajador en el ISS está por debajo del promedio nacional y existen ARP privadas que en promedio reciben el doble por trabajador, lo cual indica que existe una selección perversa perjudicial para el ISS y benéfica para el sector privado.

Lo complejo y costoso para el ISS

La calidad de los servicios tampoco ha cumplido con las expectativas debido a que las condiciones y la calidad de los servicios médicos han sido afectadas por las bajas tarifas pagadas por las ARS y algunas EPS, las cuales son del orden de \$2.000 por consulta general y \$5.000 por la especializada, mucho menos de lo que vale un corte de cabello o una manicura. Según lo manifestó el presidente de la Asociación Médica Colombiana, Gilberto Rueda, la conversión del paciente en cliente significa que "...las decisiones médicas se basan no sólo en el beneficio del paciente sino en la utilidad económica de la empresa, que es la que impone tarifas, honorarios, listado de medicamentos, procedimientos de estudio, tiempos de hospitalización, etc."

La restricción de los servicios de salud derivada de las limitaciones y exclusiones que contempla el Plan Obligatorio de Salud, POS, han hecho que la gente acuda al mecanismo de la tutela para hacerse atender en los tratamientos de mayor costo. Un abogado especializado en ese tipo de casos afirmaba que las EPS "...están trabajando al centavo, pues su misma naturaleza de empresas las obliga a buscar rentabilidad y ganancias". Otro fenómeno proveniente de la tendencia de las EPS privadas a eludir sus responsabilidades con los afiliados con enfermedades de alto costo, es inducirlos a que se pasen al ISS, para dejarle a esta institución estatal toda la carga económica de las llamadas enfermedades catastróficas. Cada día los jueces fallan unas sesenta tutelas en contra del ISS, cuyo costo para 1998 fue de unos \$40.000 millones y mientras el Seguro Social atiende 6.030 personas con SIDA, las EPS privadas sólo atienden 230.

La discusión acerca del futuro del ISS es un asunto que nos compete a todos y no solamente a los funcionarios de esa entidad. Por lo tanto, no puede reducirse al escenario sindical sino abrirse al conjunto de la sociedad. En medio de ello se adelanta la campaña de "concertación" emprendida por el nuevo ministro de Trabajo, Angelino Garzón, la cual incluye el chantaje a los trabajadores con el argumento de que si no modifican la convención, el ISS no tendrá plata sino hasta noviembre y su perspectiva será incierta. A esa situación se suma la inconsecuencia de la dirigencia sindical de Telecom que ayudó a las EPS privadas apoyando la pretensión de la empresa de desafiliar a sus trabajadores de Caprecom para pasarlos a una entidad privada, arguyendo los mismos criterios de mala calidad de los servicios que utilizan los privatizadores.

La especulación con las pensiones

La mejoría en la gestión de las instituciones se ha refundido en los vericuetos de la máxima utilidad. En el caso de las pensiones, hasta el primer semestre de 1996 las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, habían acumulado pérdidas por \$152.297 millones. Los ingresos de las AFP durante el primer semestre de 1996 se incrementaron en 120%, representando el 82.5% del total de los ingresos, pero para enero de 2000 la alta tasa de desempleo incidió para que el 50% de los afiliados a esas Administradoras dejaran de cotizar. De contera, ahora los inversionistas extranjeros controlan la mayor parte de esos fondos y Colpatria, Davivir y Colmena-AIG pasaron a manos españolas, cuyo auge inversionista en América Latina esconde la presencia del capital norteamericano.

A mediados del presente año los fondos de pensiones contaban con más de 3.6 millones afiliados y manejaban \$6.4 billones, lo cual da un promedio por afiliado de \$1'745.000, cifra irrisoria después de seis años de estar captando los ahorros destinados a las pensiones de los colombianos.

Entre tanto, los fondos pensionales públicos se deterioran al ritmo de la recesión económica, que genera menos empleados y menores salarios, lo cual afecta el recaudo por concepto de cotizaciones. Un estudio de Fedesarrollo muestra que "...los pensionados del ISS han venido creciendo en los últimos tres años a una tasa promedio del 8% anual", detectándose en 1996 y 1997 un desfase entre el ritmo de crecimiento de los recaudos y el de los pagos por pensiones "...pues mientras los primeros crecieron a tasas nominales de 28.6% y 23.7% respectivamente, los pagos por concepto de pensiones aumentaron 36.5% y 34.6%". Sin embargo, el estudio de la OIT señala que con los actuales niveles de cotización las reservas pensionales no serían tocadas hasta el año 2012, sólo alcanzando a financiar las pensiones hasta el 2018, por lo que recomienda, al contrario de los privatizadores, que su futuro depende de incrementar la cobertura del régimen de prima media, administrado por las entidades públicas. En cambio, el remedio planteado por Fedesarrollo consiste en hacer nuevos ajustes a la Ley 100, orientados a fortalecer el sistema de ahorro privado y desmontar el régimen oficial e incluyendo abolir los requisitos de rentabilidad mínima actualmente obligatorios para los Fondos Privados; es decir someter aún más los ahorros de los trabajadores a la depreciación, permitiendo que sus dueños especulen con ellos.

En el área de pensiones la disminución de afiliados no ha sido tan dramática pero aún así ha significado la pérdida de casi 600.000 cotizantes debido a la feroz competencia de los Fondos Privados, que pintan pajaritos de oro a los asalariados para atraerlos, sin que las cifras o la realidad muestren que se cumplan sus promesas de menor edad de pensión y mayor monto de la mesada. Para colmo de males, el gobierno canceló al ISS parte de la deuda pensional con acciones del BCH, entidad que posteriormente liquidó, configurando una típica estafa que le costó al ISS más de \$600.000 millones, constituyendo una transferencia de dineros del ISS al sector financiero privado.

Capítulo aparte merecen las proyecciones catastróficas sacadas a la luz pública cada vez que se requiere ambientar la liquidación de una entidad como el Seguro Social. Al respecto cabe señalar que si observamos las cábalas de Fedesarrollo, el gran gurú de la economía nacional, esa vieja treta se está desprestigiando. En efecto, en 1994 dicha entidad predijo que para 1998 el ISS tendría un déficit de caja de \$642.529 millones, pero en realidad registró un superávit de \$983.603 millones. También anotó que para ese mismo año las reservas serían de menos \$107.160 millones y el resultado efectivo fue de \$5'062.341 millones. Asimismo, pronosticó un recaudo por cotizaciones de \$767.222 millones y se recaudaron \$1'721.583 millones. ¡No adivinaron ni una!

Las fallidas proyecciones de Fedesarrollo

Concepto	Proyección Fedesarrollo	Resultados	Proyección Fedesarrollo	Resultados
Afiliados cotizantes	1'878.449	2'348.859	1'679.152	2'204.566
Déficit o superávit	\$ -642.529	\$ 983.603	\$ -830.461	\$ 597.626
Reservas (Millones \$)	\$ 662.154	\$ 4'614.126	\$ -107.160	\$ 5'062.341
Reservas como % del PIB	0.5%	3.58%	-0.075%	3.25%
Cotizaciones	\$ 736.314	\$ 1'627.047	\$ 767.222	\$ 1'721.583
Rendimiento reservas	\$ 139.680	\$ 1'020.086	\$ 135.689	\$ 980.002
Recaudo ISS como % del total	36%	61%	36%	56%
Rentabilidad reservas	5% real (21%)		5.6% real (22.1%)	(19.4%)

Los datos son tomados de *El futuro de la reforma pensional*, publicación patrocinada por Asofondos.

La eficiencia y la honestidad brillan por su ausencia

La transparencia en el manejo de los recursos del sistema de salud también ha resultado una falacia. Los recursos del régimen subsidiado se han desviado, tal como sucede en muchas partes del país en donde hacen aparecer como afiliados a personas muertas o inexistentes; de esto es común escuchar permanentes denuncias.

Funcionarios de la Superintendencia de Salud manifestaron que los controles de esta dependencia constituyen "una cuestión de fe porque... damos por sentado que la información que está allí consignada es cierta"¹⁶. De hecho, en 1996 las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, se habían embolsicado el 56.58% de los recursos como gastos de administración y para 1997 y 1998 esta cifra llegó al 40%, lo cual obligó a que el CNSSS definiera que "...las ARS deberán gastar mínimo 75% de lo que le entreguen los entes territoriales exclusivamente a la atención en salud de sus afiliados..."¹⁷.

Para varios expertos el problema consiste en que el país no aguanta casi 230 administradoras del régimen subsidiado, de las cuales 185 son Empresas Solidarias de Salud, ESS, que afilian la tercera parte de los afiliados al régimen subsidiado, pero se encuentran en la mira de la Superintendencia de Salud, pues 121 de ellas iban a ser sancionadas y 21 estaban al borde la liquidación como producto de la tramitación de más de 7.000 quejas. En Cali, hasta la Fiscalía ha intervenido porque se detectó que había ARS que "...estarían prestando el servicio a personas no carnetizadas ni censadas como usuarias del régimen y se estarían emitiendo cuentas de cobro por procedimientos médicos no realizados y por medicamentos no suministrados"¹⁸.

Hasta la encuesta del SISBEN ha sido cuestionada, pues según la Superintendente de Salud, Inés Gómez de Vargas, "En todas las ciudades se han presentado problemas con la información suministrada por el SISBEN, porque la mayor parte tiene una auditoría floja y esporádica"¹⁹. En Barranquilla el asunto era de tal magnitud que decidieron aplicar nuevamente las encuestas, en Bucaramanga se encontró que entre el 30 y el 40% de los afiliados no pertenecían a los estratos 1 y 2 y en Cali la Personería denunció que más de 25.000 beneficiarios del régimen no tienen derecho al subsidio. Entre otras irregularidades denunciadas por la Contraloría se cuentan las siguientes: a finales del año pasado los carnés se entregan a dirigentes políticos para hacer clientelismo, se afilian personas de los estratos 4, 5 y 6, o que también están en el régimen contributivo, y se asignan afiliaciones sin respetar el derecho a la libre escogencia²⁰.

Ante la crisis de pagos que se presentó en el ISS el presidente de esa entidad afirmó que "...hubo muchas clínicas e IPS pequeñas que abusaron: prendieron la maquinita de la facturación, que es perversa. A inventarse facturas o a pedirle a los pacientes que volvieran cuando no debían hacerlo"²¹. Por ello la situación afectó hasta a las más enconpetadas clínicas privadas, como la Santafé de Bogotá, San Ignacio, la Shaio y la Fundación Valle del Lili, entre otras, que llegaron a acumular deudas con el ISS por \$58.038 millones, teniendo que prescindir de 422 empleados y clausurar 100 camas.

Otro de los objetivos que en teoría se proponía la Ley 100 era darle prioridad a la prevención por encima de la atención curativa. Pero ya se comienza a aceptar que este aspecto tampoco funcionó, tal como quedó consignado en *El Espectador*, donde se afirma que la intención de "...pasar del modelo curativo al preventivo... cinco años después... presenta dificultades en su realización"²². El informe señala que parte de los dineros se han destinado a actividades diferentes y que diez de las veinte EPS que reportaron información "... no invirtieron \$1.209 millones, por lo cual se iniciarán varios procesos administrativos contra estas entidades". El documento señala, además, que las EPS reportan como gastos de promoción y prevención la publicación de revistas con temas de escaso impacto o que no corresponden a esta actividad.

Aunque el recaudo de dineros para las actividades de promoción de la salud ha duplicado las expectativas, la ejecución presupuestal ha sido un fracaso, tanto que sólo alcanzó el 14.2% de la apropiación definitiva. De \$32.430 millones proyectados se recaudaron \$59.424 millones, pero sólo se ejecutaron programas por un valor de \$5.149 millones, lo cual desvirtúa las proclamas acerca de la importancia de la prevención y la promoción como ejes de la nueva política.

No obstante vender la idea de que el sector privado iba a extirpar el cáncer de la corrupción y la ineficiencia, ya hay EPS privadas que han entrado en crisis. Es el caso de UNIMEC, que sus socios hubieron de refinanciar para cumplir sus obligaciones atrasadas con médicos y prestadores de servicios de salud a los que, a octubre de 1998, adeudaba \$8.000 millones, razón por la cual le fue cancelada la autorización para hacer nuevas afiliaciones. Debido a esa crisis UNIMEC, considerada la segunda EPS después del ISS, decidió rebajar el monto que pagaba por consulta a los médicos y los odontólogos en cerca de un treinta por ciento.

Tampoco ha resultado exitoso el experimento de convertir las entidades públicas en EPS, como sucedió en el caso de la EPS Risaralda, la cual por desgüeño administrativo se encuentra en serias dificultades, después de tres años de su fundación, cuando fue exaltada como ejemplo nacional. Esa entidad reportó pérdidas en los primeros cuatro meses de 1998, por \$2.385 millones y se encontraba amenazada por la Superintendencia de Salud de entrar en causal de disolución si no restablecía el equilibrio financiero antes de septiembre del año pasado, objetivo que no alcanzó, por lo que fue recientemente sancionada. Entre las fallas anotadas al funcionamiento de esa EPS, se encontraban un incremento desmesurado de la contratación con terceros, excesos en los gastos de representación, viáticos y contratación de vehículos, un proceso poco rentable de expansión a otros departamentos, carencia de auditoría médica y controles efectivos a la consulta especializada. De contera, la Superintendencia de Salud está investigando a más de 700 alcaldes, más de las dos terceras partes, por demorar los pagos a las ARS o por mala destinación de los recursos.

El nuevo esquema también pretendía eliminar la duplicidad de cobertura. Pero en Bogotá la Secretaría de Salud detectó que 300.000 personas recibieron carnés de dos o más ARS y se han detectado casos de triple o cuádruple afiliación 23. Otro tanto acaeció en Caquetá, donde se detectaron casos de triple afiliación.

La misma funcionaria admitía que "Hay muchas personas afiliadas al mismo tiempo al régimen contributivo y al subsidiado. Esto le está costando al sistema 300 mil millones de pesos".²³ La selección clientelista de los afiliados ha significado que personas con capacidad de pago porten carné del SISBEN.

Como se puede observar, ni una sola de las proyecciones que elaboraron los inspiradores de la funesta Ley 100 se ha cumplido. El desastre es total y no se vislumbra una solución pronta y eficaz, pues sus fórmulas consisten en profundizar las mismas fracasadas políticas. Nuevamente se pone al orden del día defender las instituciones públicas, en especial el ISS, la que más aportes han hecho en el propósito de contar con una seguridad social integral que cubra a toda la población. Los anuncios acerca de su liquidación apuntan exclusivamente a la intención de birlar a los trabajadores del ISS sus derechos convencionales, tal cual lo hicieron hace casi un año con los funcionarios de la Caja Agraria. Ojalá no se cometan las mismas equivocaciones. El problema del seguro social tiene sus raíces no solamente en su organización interna, sino está determinado por toda la nueva política de seguridad social que lo ha colocado en desventaja. Por eso las soluciones están ligadas a un replanteamiento del actual esquema de salud.
