

# El estado crítico de la salud en Colombia

Por Jorge A. Gómez Gallego\*

\* Miembro de Cedetrabajo, capítulo Medellín.

*Con el correr de los años, se han venido haciendo cada vez más evidentes las incidencias negativas que para la salud de los colombianos, y en particular para la de los más pobres, han tenido las reformas introducidas por la Ley 100 de 1993 en las instituciones de salud: la quiebra de los hospitales, el enriquecimiento de unos cuantos monopolios, la desprotección de las grandes mayorías, el abandono de la salud como derecho u obligación del Estado y la conversión del paciente en cliente. Es el reino de los "negocios" en el sector de la salud.*  
Deslinde

En el debate sobre el tema de la salud sigue pesando mucho la opinión divulgada principalmente por los voceros del gobierno nacional – éste y los dos anteriores– en el sentido de que lo malo no es el sistema de salud, sino la forma como se ha aplicado y que lo que requiere la Ley 100 de 1993 es algunos retoques, para lograr los objetivos que sirvieron de soporte a su promulgación.

En un examen breve pero riguroso de los hechos más protuberantes que han salido a la superficie gracias a la actual crisis, trataremos de demostrar que la verdadera causa de la crisis radica en el esquema privatizador impuesto por la normatividad vigente y que otros aspectos que se invocan como motores del desbarajuste actual apenas constituyen factores desencadenantes o agravantes del mismo.

## Los que perdieron

Hagamos un inventario de los sectores o instituciones que han resultado afectados de manera verificable. Indudablemente en primer lugar aparece la población a la que debería cubrir el Sistema General de Seguridad en Salud (SGSS). Por más malabares estadísticos que hagan los responsables gubernamentales del asunto, las cifras hablan por sí solas. A diciembre de 1993, antes de la reforma, teníamos una población total de 33'595.844 habitantes, de los cuales el Instituto de los Seguros Sociales, ISS, cubría 5'044.630, o sea el 15%; en otras entidades de seguridad social estaban asegurados 1'887.320, el 5.6%, para un total de 6'931.950 personas, equivalente al 20.6% de la población. De otro lado, la red pública atendía una población de 11'800.000, el 35.1%; la medicina prepagada y la privada cubrían 2'500.000 compatriotas, el 7.5%, para un total de 21'231.950, lo que correspondía al 63.2% de la población, dejando sin cobertura al 36.8% de los habitantes de nuestro país.

Con estas cifras se justificó la necesidad de hacer una reforma, anunciando que de aprobarse, se debería alcanzar una cobertura del 100% en el año 2001. La verdad, según las propias cifras oficiales, es bastante diferente. De 42'500.000 habitantes, el régimen contributivo – tanto el ISS como el resto de E. P. S. privadas y públicas– ampara a 11'503.479 personas, el 27%, entre afiliados y beneficiarios. En el régimen subsidiado (dato sin depurar por la Supersalud) hay 9'325.832 personas cubiertas, el 22%, mientras en los regímenes especiales (F.F.A.A., Ecopetrol, Congreso y magisterio) se agrupan 1'309.000 personas, el 3%, para un total asegurado de 22'361.689 colombianos, lo que representa sólo el 52% de la población. Es decir, hoy tenemos un 48% de los habitantes de Colombia integrando la categoría de "población vinculada", término eufemístico utilizado por los neoliberales para denominar a quienes no tienen ninguna cobertura y de hecho están "desvinculados" de cualquier tipo de seguridad social en salud, como lo define categóricamente el presidente de ASMEDAS en Antioquia, doctor Germán Reyes Forero, quien además es la fuente de los datos anteriores, publicados en el periódico Momento Médico, órgano de difusión de la mencionada organización, en su número 60, de mayo-junio de 2001.

Pero la población no ha perdido sólo cobertura. La red pública hospitalaria, que recibía recursos del presupuesto nacional conforme al criterio de subsidio a la oferta, es decir, con base en cálculos anuales de lo que se requería para mantener el servicio, vio trocado el método para la liquidación de los recursos percibidos y, en virtud de la ley 100, ha vivido un proceso denominado de "descentralización", mediante el cual las instituciones adscritas directamente a la nación, los departamentos, los distritos o los municipios, se han convertido en Empresas Sociales del Estado, ESE, que deben tener autonomía administrativa y financiera, y sostenerse con los recursos provenientes de la venta de servicios, bien sea por capitación (UPC) o por contratación de diversa índole.

Los hospitales públicos se ven avocados a la nueva dinámica para el traslado de recursos para salud, el llamado subsidio a la demanda, que se paga por eventos atendidos o por contratos de capitación, a través de las entidades encargadas de administrar los recursos del régimen contributivo (EPS) o del régimen subsidiado (ARS).

El sistema en sí mismo sufre una gran aberración, consistente en que los intermediarios reciben de las EPS o del Estado (las ARS) una suma fija para atender a sus afiliados, suma que para el primer caso se acerca a los \$ 290.000 y para el segundo a \$ 156.000 para este año.

Con esos recursos deben contratar con las empresas de salud propiamente dichas la atención de sus beneficiarios o clientes. Esta contratación se hace de dos formas: bien repitiendo el sistema de la capitación, es decir, entregando una suma fija por año y por persona inscrita, consulte o no consulte un médico, o bien por evento, es decir, por consulta o procedimiento atendido. La primera modalidad es usada particularmente para el primer nivel de atención, mientras en los niveles 2 y 3 es más común la segunda.

Así se llega a la absurda situación de que dependiendo de la forma de contratación, algunas IPS serán viables sólo en la medida en que muy pocos o nadie consulte, que nadie se enferme, o en el peor de los casos, que se pongan muchas trabas para prestar la atención, mientras que las mismas en otra modalidad de contrato serán exitosas en la medida en que la demanda de servicios crezca, o sea que muchos se enfermen. Es la sinrazón de entrapar un servicio esencial en la lógica absurda del mercado; es la demencial decisión de convertir al usuario en cliente y el servicio en negocio.

Si antes de la Ley 100, y en virtud de la inveterada irresponsabilidad del Estado colombiano en la atención de la salud del pueblo, nunca hubo realmente una situación satisfactoria y pasábamos sistemáticamente de una crisis de recursos a otra, después de la entrada en vigencia de la nueva normatividad lo malo se tornó peor, pues no sólo la crisis es más profunda, sino que su solución tiene más impedimentos legales, pues el Estado no tiene responsabilidad distinta a la colocación de recursos correspondientes al régimen subsidiado, dejando en manos de los quebrados entes territoriales el pago de la atención a la famosa población "vinculada", que como vimos en las estadísticas citadas, es la gran mayoría.

Eso ha conducido la red pública hospitalaria a una caótica situación, a tal punto que el presidente de la Asociación de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos de Antioquia, AESA, doctor José Darío Rojas, declaró recientemente al periódico *El Pulso*, publicación especializada en el sector salud del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, en su No. 32 de mayo de 2001, que "están en alto riesgo de supervivencia incluso muchos hospitales que han reestructurado sus plantas de cargos tres, cuatro y cinco veces, y ni aún así han alcanzado su sostenibilidad económica, no porque no tengan una buena gestión, sino porque a muchos de ellos no les pagan todos los servicios que prestan".

No habría espacio suficiente en un ejemplar de esta revista para narrar en detalle la crisis de todas y cada una de las instituciones de la red pública hospitalaria. Son cotidianas y masivas las informaciones sobre los atrasos en los pagos a proveedores y trabajadores –en muchos casos de más de un año–, las amenazas de cierre o los cierres efectivos de muchos servicios, la adopción de la Ley 550 y los despidos masivos de personal para reducir costos.

Lo importante es establecer en dónde están las causas y los responsables de la mencionada situación, que más que una crisis de algunas instituciones constituye la dura realidad de una población cada vez más empobrecida por cuenta de la quiebra de la producción nacional generado por la apertura económica.

La red pública hospitalaria se encuentra al borde del colapso porque la Ley 100 le asignó a los entes territoriales atribuciones imposibles de cumplir con los recursos asignados. La UPC sólo cubre la población adscrita al régimen subsidiado o "sisbenizada", mientras que a la "vinculada" –aquella que no está en ninguna de las modalidades establecidas por el sistema– se le cubre el "derecho" a la atención en salud con los saldos que los entes territoriales (departamentos y municipios) posean de las transferencias, es decir, prácticamente nada. Según el director del Servicio Seccional de Salud de Antioquia, doctor Juan Guillermo Maya Salinas, este departamento tiene una población de 2'350.000 no afiliada al régimen subsidiado ni al contributivo, disponiéndose para prestarle atención en salud a esos antioqueños de \$ 10.700.00 por cápita, mientras en el año 2000 se contaba con \$ 28.450.00, es decir, en un año se redujo en 62 % el recurso para el efecto. Eso significa que si alguno de los seis de cada diez antioqueños que se encuentran en la desgraciada situación de parias de la salud es atendido por una ESE en algún evento de salud, la institución que lo atendió no tiene quién le pague.

Pero además la Ley 100 puso en desventaja a las IPS públicas, o ESE, pues mientras no tienen ninguna obligación diferente a la que le señalan los contratos con los intermediarios, en términos generales las privadas mantener servicio las 24 horas, con presencia médica.

El vía crucis de los hospitales públicos pasa también por la larga espera a que se ven sometidos para los pagos, además de las glosas a las cuentas bajo pretextos insignificantes y casi siempre injustificados por parte de los intermediarios, los cuales de paso se quedan con una buena tajada de los recursos asignados para la atención en salud, entre 15% y 20%.

## Los que ganaron

Pero el sistema impuesto por la Ley 100 no es perjudicial para todo el mundo. Miremos los resultados del ejercicio para los intermediarios, especialmente para las EPS, de propiedad del capital financiero. A raíz de las cifras entregadas por la revista *Semana* de abril 9-16 del presente año, se ha suscitado un interesante debate acerca del papel de algunos tipos de empresas intermediarias que operan en el sistema de salud del país: las empresas promotoras, EPS, y las aseguradoras de salud.

La noticia resalta que en el ranking de las empresas más grandes del país empiezan a figurar en puestos destacados algunas de ellas, concretamente once. Y más llamativo todavía resulta el hecho de que éstas, en términos generales, se presentan con un positivo volumen de utilidades y con crecimiento significativo de sus activos.

En la edición del pasado 25 de abril, el periódico *El Colombiano* reveló que Cruz Blanca, EPS de capital chileno, "será la primera EPS en democratizar su propiedad accionaria" y que para el efecto a partir de mediados del año entrante "colocará sus acciones en bolsa". Cuando una empresa toma el riesgo de lanzarse a las bolsas de valores es porque existe una gran empatía entre su naturaleza y posicionamiento y las expectativas de rentabilidad que necesariamente acompañan a quien incursiona en el mercado accionario como inversionista.

El año pasado, esta misma EPS invirtió \$ 4.000 millones en la apertura de cinco centros médicos nuevos, que se suman a treinta que construyó en los primeros cinco años de funcionamiento en Colombia, lustro durante el cual los chilenos inyectaron \$ 25.000 millones en obras de infraestructura, dejando en reserva otros \$ 12.000 millones. El año pasado también inició la construcción de una clínica en Bogotá, con un costo de \$ 10.000 millones, en asocio con las EPS Cafesalud y Colseguros.

En el año 2000, Cruz Blanca registró utilidades por \$ 6.700 millones, frente a unos ingresos operacionales de \$ 99.000 millones y aumentó el número de afiliados de 325.000 en 1.999 a 425.000, aspirando a llegar a los 600.000 este año.

Pero quizá la EPS que registra los mayores índices de crecimiento, tanto en utilidades como en activos y número de afiliados, es Saludcoop. El aumento de su patrimonio ha sido proverbial. Mientras según su presidente ejecutivo, Carlos Gustavo Palacino Antía –en información entregada a la revista *Dinero* en julio 7 de 2000– informaba que en 1995 se habían constituido con un patrimonio de \$ 2.500 millones, en el informe de *Semana*, cinco años después, éste ascendía a más de \$ 75.000 millones: un crecimiento de treinta veces en un lustro.

El número de usuarios Saludcoop llegó a dos millones cien mil, de los cuales 1'503.409 se vincularon sólo en el año 2000, registrando un crecimiento del 116% con relación a 1999.

Con una utilidad neta de \$ 32.327 millones en el año inmediatamente anterior, Saludcoop se ubica en el primer puesto entre las 25 empresas con mayor rentabilidad sobre el patrimonio y en el quinto entre las de mayor rentabilidad sobre los activos. En el escalafón de las mayores trescientas compañías del país, entregado por *Semana*, figura en la posición número 30 y entre las 50 empresas colombianas que obtuvieron mayor crecimiento en ventas ocupa el puesto 17.

Esta EPS del sector financiero denominado "solidario" está construyendo en Medellín una clínica con sus propios recursos, que se suma a las que posee en Villavicencio, Barranquilla, Cali, Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Ibagué, Neiva, Girardot y Apartadó. Aquí hay una curiosidad: mientras Saludcoop invirtió \$ 1.000 millones en Apartadó en el año 2000 y construyó su clínica de cuarto nivel en la capital de la montaña, el periódico *El Pulso* de marzo de este año aparecía de tercera en el ranking de las EPS morosas con la red pública hospitalaria del departamento, con una suma de \$ 12.799 millones de pesos, después del Seguro Social y de las Empresas Solidarias.

Susalud, empresa filial de la Compañía Suramericana de Seguros, creada en 1990 como compañía de medicina prepagada, empezó a actuar a mediados de la década como EPS, pasando de 40 mil personas afiliadas a 740 mil en diciembre del año pasado, con ventas superiores a \$ 200 mil millones y utilidad neta de \$ 5.518 millones. Por su parte, entre 1999 y 2000, Salud Colmena reportó un crecimiento del 541.3% en utilidades.

Para 1999, quinto año de vigencia de la Ley 100, las ventas totales de las EPS y de las empresas de medicina prepagada ascendieron a 2 billones 158.000 millones de pesos, correspondiendo a las EPS el 73% de la facturación. En cuanto al crecimiento en el número de afiliados, en 1999 superaron los 6 millones y en 2000 pasaron de 8 millones, debido –según la revista *Dinero* de julio de 2000– "al cierre de afiliaciones al Seguro Social". Pero es quizás en el último informe de la misma publicación –número 135 de junio 22 de 2001– donde se plasman con mayor claridad los resultados del juego en la misma cancha, pero con diferentes reglas, entre el Seguro Social y las EPS privadas: ¡mientras entre mediados del 1996 y finales de 2000 la entidad estatal ha reducido sus afiliados de 7 y medio millones a cerca de 4 millones, las intermediarias privadas crecieron desde menos de dos millones en diciembre de 1996 a más de 8 millones en la última navidad!

Ahí no paran las cosas: la mencionada revista muestra con un gráfico cómo los gastos asistenciales de las EPS privadas se reducen paulatinamente como porcentaje de los ingresos operacionales: cinco años atrás representaban un 91%, al cierre del anterior milenio escasamente llegaban al 80%.

Además, si se evalúa el informe de hace dos años aparecido en la citada publicación, resulta llamativa la relación entre los indicadores "rotación de cuentas por cobrar" y "rotación de cuentas por pagar", tanto para las EPS como para los demás sectores de la economía. En las aseguradoras de salud esta relación era de 39 a 49, es decir, el promedio de días necesarios para recibir los ingresos era inferior al

promedio de días para efectuar los pagos, pero para las demás ramas económicas el asunto era al revés. Mencionemos la relación entre estos dos indicadores en algunas empresas:

**Rama de la Producción; rotación cuentas por cobrar días por pagar:**

Confecciones 149 - 117

Cuero y calzado 145 - 73

Editoriales e imprentas 187 - 113

Hierro y acero 118 - 72

Transporte aéreo 150 - 95

Transporte terrestre 296 - 220

Servicios públicos 151 - 124

Los excelentes resultados económicos de las Empresas Promotoras de Salud se presentaron, sin lugar a dudas, como consecuencia de dos medidas del Estado: la promulgación de la Ley 100, la cual desmontó el monopolio de la seguridad social y la posterior sanción impuesta al Seguro Social, que le impidió vincular nuevos usuarios a su EPS, situación que reconoce la revista *Dinero*, cuando afirma que "las EPS en el 99 vivieron una importante época en materia de afiliaciones, alcanzando los 6'040.810 usuarios", hecho que se explica por "el cierre de afiliaciones al ISS y el deterioro de los servicios de Cajanal y Caprecom que provocaron un éxodo de afiliados." Añadiendo que mientras no se resuelva el futuro inmediato de la otrora mayor empresa de seguridad social del Estado, el ISS, en razón de las reformas planteadas por el gobierno nacional, la tendencia de crecimiento de las EPS privadas se mantendrá inversamente proporcional a la crisis financiera que enfrenta el Instituto.

A su vez, las positivas cifras de crecimiento de las aseguradoras de salud están íntimamente ligadas a su naturaleza, condición o razón de ser: la intermediación como agentes aseguradores, actividad que es más afín al sector financiero que al de la salud.

Los recursos empleados por las EPS privadas para construir infraestructura destinada a prestar servicios de salud cierran el círculo de inversión de un intermediario en ese negocio, correspondiendo a una actividad marginal o, para decirlo en otras palabras, apenas constituyen un negocio más. Además, el flujo de fondos revela que cobran más rápido de lo que pagan, indicando que el secreto del éxito se encuentra en su intermediación como aseguradoras, que las liga más al sector financiero que al de la salud.

A riesgo de pecar de reiterativos, es evidente que contrasta la opulencia de las EPS privadas con el resto de empresas e instituciones del sector salud, tanto públicas como privadas, asemejándose a la definición de oasis contenida en el diccionario de la real academia de la lengua: "sitio con vegetación y a veces con manantiales que se encuentra aislado en los desiertos arenales..."; cualquier parecido con la actualidad, no es pura coincidencia.

## Conclusiones y salidas

Hasta aquí no cabe la menor duda de que todo el esquema sobre el que se montó la Ley 100, cuyo ponente en el parlamento fue el hoy candidato presidencial Álvaro Uribe Vélez, ha fracasado rotundamente. Además, existen evidencias de que el esquema hace parte de las "reformas" llevadas a cabo dentro del modelo neoliberal impuesto por los Estados Unidos en su plan recolonizador de la pos-guerra fría.

Pero lo que quizá salta más a la vista, es que mientras se mantenga el esquema estamos avocados a la quiebra total de la salud pública financiada por el Estado e incluso a la desaparición de la EPS estatal, fenómenos paralelos al fortalecimiento de una pocas empresas tributarias del capital financiero nacional e internacional en la salud.

Finalmente, la situación irá de mal en peor y se harán realidad las más catastróficas premoniciones mientras no se levante un portentoso movimiento de resistencia de las masas que conquiste la plena soberanía nacional de Colombia, dé al traste con el modelo impuesto por el imperialismo y establezca en nuestra patria una verdadera democracia para los sectores laboriosos.