

La Ley 100: el fracaso estatal en la salud pública

Luis Ángel Villar C.

MD, MSc. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Industrial de Santander, UIS.

Profesor Titular, Escuela de Medicina Universidad Industrial de Santander.

Desde que César Gaviria decreto las “reformas estructurales de la economía” un puñado de negociantes de la salud y el sector financiero se han venido enriqueciendo con cada una de las reformas que se han implementado en el sistema de salud, mientras la inmensa mayoría de la población colombiana se hunde cada día más en la pobreza. Hospitales públicos cerrados, enfermedades infecciosas que resurgen, otras cuyos índices se disparan, despido de trabajadores, pálidas campañas de vacunación, centros de investigación científica clausurados, enfermos que deben resignarse a morir en sus casas son las nefastas consecuencias de la Ley 100, cuyo ponente en el Congreso fue el actual Presidente de la República.

Deslinda

Los desastres de la Ley 100

Once años después de la vigencia de la Ley 100 presentada al Congreso por su ponente Álvaro Uribe Vélez, y a pesar que el gasto en el sector se ha duplicado, pasando del 1,8 % al 3,6% del Producto Interno Bruto (PIB), la salud de los colombianos exhibe un balance catastrófico; ha sido convertida en mercancía y bajo el pretexto de la cobertura universal se halla en manos de la especulación del capital financiero, siendo norma que el Estado haya abandonado la salud pública y sus propias instituciones.

En cobertura, el principal objetivo aparente de la Ley, los cálculos más bondadosos estiman que un 47% de la población permanece sin ningún tipo de aseguramiento. Cerca de veinte millones de compatriotas, sin trabajo ni ingresos, precisamente los más pobres de la nación, permanecen en el modelo de la Ley 100 sin protección en salud bajo el paradójico eufemismo de “población vinculada”. Ellos son los usuarios naturales de la Red Pública Hospitalaria (RPH), cuya cuenta paga (o más bien no paga) el gobierno a través de sus transferencias y aportes. Para su atención, los “vinculados” dependen exclusivamente de los hospitales públicos, el más importante argumento a favor de una RPH colombiana fortalecida en lo financiero, científico y administrativo. Sin embargo, y como muestra de la debacle en que se sume la nación, la actual crisis hospitalaria no conoce antecedentes y con cada cierre de un hospital se amenaza la salud y se condena a un sinnúmero de compatriotas.

“Carnetización” no equivale a “cobertura”; estar “sisbenizado” solo da el derecho a engrosar una larga fila de espera regulada por intereses ajenos al bien común. En estos términos, únicamente se garantiza el ingreso de una proporción de la población al Régimen Subsidiado. Quien lo consigue se ve enfrentado a las serias restricciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) subsidiado, de impresentables inequidades frente a lo ofrecido por el POS contributivo, restringiendo gravemente su acceso a una plena atención en salud. Baste decir que en los hospitales públicos pacientes del régimen subsidiado se convierten diariamente en “vinculados” y son estas instituciones quienes terminan asumiendo las limitaciones derivadas del escaso alcance del plan de servicios subsidiado. Así, ni carnetizarse ni asegurarse garantizan un acceso pleno a la atención de salud y –nuevamente en cumplimiento de su misión social– la RPH emerge como el escenario de atención de salud donde a pesar de las múltiples carencias derivadas del desinterés estatal, se provee cuidado con equidad a todos los pacientes, independientemente de su nivel de aseguramiento.

Tampoco la población asalariada y sus familias, asegurados bajo el llamado “régimen contributivo”, tienen razones para estar satisfechos. La celada tendida al ISS en favor del capital financiero durante toda la década anterior ha llevado al Instituto –como principal EPS pública– a un estado de extrema postración que afecta seriamente la calidad de atención de sus usuarios, quienes ante estas vicisitudes y seducidos por los supuestos atractivos de “otras opciones del mercado”, trasladan su afiliación a las EPS privadas, donde bajo la permisibilidad gubernamental son víctimas de una estructura administrativa y de servicios inadecuada que genera un control irracional de costos y el sacrificio de la calidad de atención por el afán de lucro. Tal es el escenario de quienes poseen “la mejor protección de salud” del país.

Como puede inferirse de lo expuesto, la adopción en Colombia de un modelo basado en convertir a la salud en mercancía, permitiendo la incursión del sector financiero y otorgándole el manejo de los recaudos, no ha traído nada bueno para los intereses de nuestra sociedad. La verdad, el resultado no puede sorprendernos. Múltiples experiencias de diferentes países así lo indican. Basadas en ellas, un reciente y contundente estudio del grupo de políticas de salud de la Universidad de McMaster (Canadá) reveló que si en ese país, cuyo sistema de salud es fundamentalmente estatal se privatizara, habría cerca de 2.200 muertes adicionales anuales y la atención costaría 7,2 billones de dólares canadienses adicionales. Como ha expresado el autor del estudio, “pagaríamos más por morir más y más temprano. La privatización sería como el cigarrillo para las políticas de salud”. (P. J. Deveraux, Canadian Press, junio 7/2004)

Junto a la ausencia de universalidad, en el actual sistema de salud colombiano tampoco existe oportunidad para la atención. Con el carné de “asegurado” en el bolsillo, resulta azaroso obtener atención oportuna para la enfermedad padecida, aún en situaciones de urgencia; por ejemplo en el caso de infarto agudo del miocardio, cuyo indicador universal de atención oportuna es el tiempo que transcurre entre el momento de salida del paciente hacia el hospital y el inicio de la administración venosa del medicamento que disuelve la obstrucción de las arterias coronarias (lapso puerta-vena). Este lapso se prolonga en Colombia debido a múltiples barreras, como el acceso a una ambulancia y “los peajes” que genera en los servicios de urgencias la cultura impuesta por el modelo de “asegurar a quién se le va a pasar la cuenta”. Ni hablar de la larga espera a que son sometidos los pacientes que requieren atención para dolencias nuevas o crónicas o si son remitidos a exámenes o consultas especializadas o que requieren medicamentos o pruebas diagnósticas que se hallan fuera del listado del llamado POS. La norma será la espera, pues lo que se busca es disminuir el gasto para el asegurador a costa del enfermo.

Tampoco prevalece el derecho a la eficacia en la atención, entendida como recibir la mejor opción terapéutica para la enfermedad de acuerdo con la evidencia científica; ello es producto de las restricciones impuestas en un vademécum caprichosamente diseñado, cuando no como resultado de las limitaciones de personal e insumos que en su afán de “reducir costos” aplican las EPS privadas, estrategia tras la que se oculta la intención de aumentar la tasa de ganancia. En el caso del ISS el efecto de la escisión administrativa y la asfixia presupuestal durante la última década lo ha llevado a una estrechez económica sin antecedentes, que se traduce en múltiples deficiencias para sus afiliados, en la ausencia de medicamentos, métodos diagnósticos y pérdida de la capacidad resolutoria en las áreas médicas y quirúrgicas. Así, mientras en unas predomina el interés del lucro, en las otras hay abandono estatal. En el panorama colombiano de atención de salud contemporáneo y bajo el imperio de la Ley 100 no hay universalidad, ni predomina la oportunidad, mientras la calidad riñe con la ganancia de los intermediarios.

Regresión de la Salud Pública Nacional

Aunque en los años 1990 no estábamos bien, hoy los principales indicadores nacionales de salud señalan un descenso que coincide con la instauración de la Ley 100. A la fecha, las coberturas de vacunación –un indicador básico de prevención en salud de cualquier país– son extremadamente bajas en vastos sectores y los índices de cáncer, enfermedades transmisibles y cardiovasculares de la población revelan un

significativo deterioro de la salud de los colombianos. El nivel de desnutrición nacional alcanza el 13% y durante el último quinquenio se advierte un aumento de la tuberculosis de 27 a 69 por cada 100.000 habitantes y del SIDA de 3 por cada 100.000 a casi 1 por 100 en la población de 15 a 49 años. Las defunciones por cáncer han aumentado dramáticamente, sin que existan políticas de salud pública estatales orientadas a la detección temprana y a la remisión oportuna de estos enfermos. La mortalidad infantil es de 20 por cada 1000 nacimientos y 104 de cada 100.000 madres fallecen durante el parto, triplicando los niveles de países como Argentina y Costa Rica. A pesar de lo cual el Instituto Materno Infantil de Bogotá, una institución clave para la atención de partos complicados y centro de formación académica y de desarrollo de programas de liderazgo mundial como el de Madre Canguro así como el de detección precoz del hipotiroidismo congénito, hoy está amenazado por el cierre.

Recientes estudios sobre la salud mental en Colombia, una importante y olvidada área de la salud pública, revelan que mientras solo existen 1.100 siquiátras registrados, 35% de los colombianos padecen algún tipo de trastorno que requiere su atención. Desaparecido el Ministerio de Salud, su División de Salud Mental ya no existe y –en consecuencia– no existen estructuras del Estado encargadas de diseñar y evaluar políticas para este problema. A ello debe sumarse la aguda crisis financiera de los hospitales públicos siquiátricos, que amenazan cerrarse a causa de la ausencia de apoyo estatal y la inequidad del sistema de aseguramiento, que –increíblemente– “no cubre” estos trastornos en el régimen subsidiado. En Bucaramanga, por ejemplo, el único hospital mental de todo el nororiente colombiano, fundado en 1958 y responsable de atender siete departamentos, cobró al Estado \$5.700 millones por atención a la población durante 2003, reconociéndole éste solo \$2.500 millones, por lo que hoy afronta un posible cierre.

Uno de los más notorios retrocesos ha ocurrido en las enfermedades transmisibles. Se carece de un programa centralizado, inversión y medidas sistemáticas de control estatal para el SIDA y la tuberculosis, esta última secularmente ligada a la desnutrición y la pobreza. Durante la última década y bajo el argumento de la eficiencia de la “descentralización”, las redes nacionales de atención para la tuberculosis fueron desmontadas, observándose simultáneamente un progresivo incremento de su incidencia asociada al aumento de resistencia del bacilo a los antibióticos: entre 1993 y 2000, el 89% de la cepas multirresistentes lo fueron a más de 2 drogas, lo que solo había sido observado en un 23% durante la década anterior (Infection, Vol 8, No. 2, pág. 148, junio, 2004). Han resurgido viejas enfermedades como la lepra, particularmente en los municipios con mayores necesidades básicas insatisfechas (ídem, pág. 89). Asimismo, las enfermedades transmitidas por vectores como la fiebre amarilla, el dengue y la malaria hoy exhiben niveles que se acercan peligrosamente a los observados en la primera mitad del siglo XX y que habían sido superados en la historia nacional.

Por lo ilustrativo del caso, la fiebre amarilla merece especial mención. Se trata de una fiebre hemorrágica de alta letalidad, debida a un virus que es transmitido por la picadura de mosquitos (incluido el *Aedes aegypti*, también transmisor del dengue) que tiene un ciclo urbano y uno selvático. Las epidemias suelen desatarse con la llegada de individuos no vacunados contra el virus a zonas boscosas donde se transmite entre los monos. Una vez descubierta la vacuna en 1927, su control fue posible en el mundo. Sin embargo, Colombia acaba de padecer la más grave epidemia de la década en toda América y en el país en los últimos 50 años; un claro indicador de la fragilidad de la salud pública nacional y la débil capacidad de respuesta del Estado ante este tipo de emergencias.

Desde las dos últimas semanas de 2002 se tuvo noticia de la ocurrencia de casos de fiebre amarilla en la frontera colombo-venezolana y a finales del siguiente enero se conocieron los primeros cinco casos en Sardinata, Norte de Santander, departamento que sufrió una intensa epidemia en octubre de 2003, con 82 enfermos de los que 35 fallecieron. El brote se extendió a la Serranía del Perijá, donde ocurrieron siete nuevos casos y un año después, todavía activa, la epidemia llegó a las estribaciones de la Sierra Nevada de

Santa Marta, donde en enero de 2004 se confirmaron cinco nuevos casos (uno de ellos fatal) seguidos de uno en Riohacha y 14 en el área rural del Magdalena.

Esta descripción revela la gran susceptibilidad de la nación a una epidemia de fiebre amarilla, incluyendo el riesgo del retorno de un brote de forma urbana, ausente de Colombia desde 1928, de desastrosas consecuencias sanitarias y sociales. El riesgo existe porque: 1) la mayoría de ciudades colombianas presentan altos índices de infestación por el mosquito *Aedes aegypti* (vector del ciclo urbano de la fiebre amarilla y del dengue), 2) cuando ocurre un caso selvático, el enfermo suele buscar ayuda en centros de salud urbanos, 3) la mayoría de la población citadina no está vacunada contra este virus, a pesar que desde 1999 la Novena Reunión de Enfermedades Inmuno-prevenibles de la Región Andina recomendó la vacunación para personas entre 15 y 45 años en áreas de migraciones y/o infestadas por *Aedes aegypti*, 4) por decisión gubernamental, en la última década Colombia desmontó la planta de producción de vacunas (así como lo hizo con la producción de sueros antiofídicos) y con ello perdió la autosuficiencia con que desde 1950 había abastecido sus necesidades, además de ser productor y distribuidor para Panamá, México, Perú, Ecuador, Venezuela y otros países del área; en contraste, en medio de la epidemia referida, las autoridades colombianas debieron declararse incapaces de atender la demanda interna de la vacuna y promover costosas pero indispensables importaciones del biológico.

La pobreza: un agravante que tiene que considerarse

Al tiempo que la salud de los colombianos se ha deteriorado durante la última década, su pobreza ha aumentado, contrariando los argumentos de quienes auguraron el éxito del nuevo modelo de apertura económica e impulsaron la Ley 100. El pregonado éxito de este modelo de salud descansaba en el supuesto de un crecimiento progresivo del empleo en el país en la década siguiente, lo que conduciría a un masivo ingreso de la nueva población asalariada al régimen contributivo que, sumado a una mayor cobertura de la población de bajos ingresos a través del régimen subsidiado, traería alivio financiero a la RPH. Pero la promesa no se cumplió; por el contrario, la pobreza se ha acentuado, alcanzando dolorosos límites. En el contexto internacional, en los últimos años nuestro país pasó a ser el tercero más inequitativo de América Latina, región que a su vez es la más inequitativa del mundo. El ingreso per cápita en Colombia es de 1820 dólares anuales y el 10% de los nacionales ganan 80,3 veces más que el 10% de los compatriotas más pobres. Dos recientes estudios, uno de la ONU y otro de la Contraloría General de la República indican que, en el último quinquenio el desempleo en Colombia se elevó al 17%, la pobreza pasó del 51 al 65% y la indigencia del 20 al 34%. El índice de PIB por habitante bajó de 0,95 a 0,69, a costa de una reducción del ingreso de los colombianos. Siendo este el escenario nacional, en el que millones de compatriotas se acuestan con hambre, no puede esperarse que los colombianos exhibamos altos niveles de salubridad, solo alcanzables una vez superadas las talanqueras imperiales que impiden a la nación su pleno desarrollo económico.

Se comprende entonces cómo las deficiencias del actual sistema de salud resultan particularmente penosas y difíciles para la población pobre no asegurada, precisamente aquella que viviendo con mayor número de necesidades, carece de seguridad social y depende exclusivamente de la RPH, que se bate en la peor crisis de su historia. Para los pobres de Cartagena por ejemplo, después del cierre del Hospital Universitario, la atención de los problemas complejos de salud se ha convertido en una verdadera tragedia y la ciudad vive hoy una epidemia silenciosa de muerte y dolor. El cierre de este importante hospital ha traído la crisis a otros que debiendo atender la población no asegurada cuya facturación el gobierno nacional se niega a reconocer, ha debido cerrar progresivamente sus servicios. En consecuencia, el índice de camas hospitalarias disponibles hoy para la cuantiosa población pobre de Cartagena es comparable a la ofrecida en Haití. (Asociación de Profesores de la Universidad de Cartagena, agosto de 2004, comunicación personal).

El negocio de la Salud y la crisis del Seguro Social

A la hora del balance si hay algo que resulte evidente es que la Ley 100 ha sido un poderoso instrumento de enriquecimiento para el capital financiero dedicado a la intermediación. Ningún negocio parece haber sido más productivo en el país durante este periodo que ser asegurador en salud, lo que ha ubicado rápidamente a estas empresas en el “top” de la “productividad” y el enriquecimiento. En la revista Semana número 1147/2004 se registran a *SaludCoop*, *Coomeva*, *Colsánitas Medicina Prepagada*, *Susalud* y *SaludTotal* en las 100 empresas más grandes de Colombia. El año pasado éstas tuvieron ventas por \$2.023.985, de los cuales la primera facturó \$1.296.780 millones, superando inclusive los ingresos operacionales del *Banco de Colombia*, el primer banco del país (\$1.173.000 millones). Su comportamiento financiero fue catalogado como “excelente” al alcanzar un crecimiento financiero del 18,26%, cifra cinco veces superior al promedio nacional que fue de 3,74%. En solo una década, *SaludCoop* pasó de \$2500 millones de activos a \$237.000 millones y es ahora una de las 20 empresas más grandes del país y la tercera en número de empleados (15.685) después de Almacenes Éxito y el Seguro Social. Según Fasecolda, las compañías privadas aseguradoras en salud aumentarán sus ingresos de 3,2 a 9,0 billones de pesos entre 2000 y 2010. Se cumple así la máxima del Premio Nobel de Economía, Milton Friedman: “Hay una y solo una, responsabilidad social de las empresas (privadas), cual es la de utilizar sus recursos y comprometerse en actividades diseñadas para incrementar sus actividades”.

Varios factores han incidido en este desmesurado crecimiento, siendo los más destacables: 1) el derecho a la intermediación concedido por la Ley 100, gracias al cual captan y especulan financieramente con los dineros de la salud de los colombianos, 2) lo ocurrido al Seguro Social, cuya crisis precipitada por la reducción de ingresos e imposibilidad de afiliar a nuevos usuarios, le generó un proceso de selección adversa durante la última década, con alta retención de población mayor y de pacientes con enfermedades de alto costo; entre tanto las EPS privadas, expertas en la seducción de nuevos afiliados, captaron una alta proporción de la población laboral más joven, 3) bajo la permisibilidad gubernamental, las EPS privadas desarrollaron su llamado “crecimiento vertical” con el que estas empresas de la salud se venden a sí mismas la atención en clínicas propias, aumentando sus jugosas ganancias a costa de “abaratar costos de operación”, poniendo en riesgo la red de clínicas privadas del país y organizando una estructura desde la cual aspiran a incursionar al área de la formación en salud creando sus propias Facultades de Medicina, en busca de un recurso humano “ajustado a sus necesidades” y del aumento de sus ganancias.

Unas reflexiones adicionales sobre la crisis del ISS cuya potencial desaparición representaría la pérdida de una estructura pública construida y sostenida por décadas con recursos de trabajadores y empresarios (a pesar de la terquedad gubernamental de ignorar su condición de aportante) y cuya ausencia dejaría prácticamente todo el aseguramiento del régimen contributivo en manos del capital privado. El ISS tiene un perfil sociodemográfico que lo convierte en una empresa superavitaria, es decir, recauda más de lo que se le reconoce por UPC (Unidad Por Capitalización): la densidad familiar (DF), entendida como el número de afiliados compensados por cotizantes es de 2,11, la cual se considera baja si la comparamos con la DF de afiliados vigentes observada en 2002 en el régimen contributivo, 2,41. Por otra parte, la densidad salarial observada en los afiliados del Seguro, calculada a partir del ingreso base de cotización, es aproximadamente de 2,04, similar al promedio del régimen contributivo que es de 2,03, según datos del Consejo Nacional de Seguridad Social y Salud El 77% de los afiliados cotizantes del ISS declara menos de 2 salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), el 18 % declara entre 2 y 4,9 SMMLV y el 5 % restante hace aportes sobre más de 5 SMMLV. La sanción de la Superintendencia Nacional de Salud impidió por tres años y medio el ingreso de nuevos afiliados en salud, un periodo clave para el arranque de las EPS privadas, que se abstuvieron de ingresar eso sí, aquellos que por enfermedad catastrófica como SIDA, cáncer y enfermedad renal crónica requerían atención de salud. Ello condujo a que en el ISS se concentraran la mayoría de enfermos con patologías de alto costo. Según el Documento CONPES 3219 de 2003, en 1998 el Seguro afiliaba el 94% de estos pacientes en el régimen contributivo, lo que le causó un gasto en exceso, hasta hoy no reconocido. Hoy el ISS continúa, con dificultades, atendiendo la mayor parte de la población con estas patologías, lo que le genera un desequilibrio dentro de las reglas del sistema.

Los recortes financieros vía Conpes y la ausencia de acciones concretas frente a la evasión por parte de empresarios (estimada por la Superintendencia de Salud en \$2.257 millones para el año 2003) minaron también las arcas del Instituto, así como la pérdida de usuarios debido a los problemas de calidad que en los servicios generaron la ausencia de recursos. Adicionalmente, en noviembre de 1997 el Seguro Social empezó el proceso de giro y compensación, con una caída vertical de los ingresos, dada su incapacidad para compensar el 100% de su población afiliada. El ISS compensa en promedio un 60%, es decir, de cada diez afiliados el FOSYGA únicamente le reconoce las UPC a seis, lo que ocasiona pérdidas mensuales o retardos en los pagos que afectan su liquidez y equilibrio financiero.

Finalmente, con la escisión del Seguro en siete Empresas Sociales del Estado (ESE) pareciera haberse llegado a la última etapa del Instituto. Éstas deben facturar lo necesario para sostener los gastos de funcionamiento de las antiguas clínicas y centros del ISS, hoy de las ESE, en cada región del país; sus principales ingresos provienen de las ventas que hagan a la red de servicios del ISS. Para 2004, por determinación del gobierno, éstos tendrán en promedio un 35% menos de presupuesto, y con ello las ESE, a menos que el ISS reciba una inyección específica de recursos se verán abocadas a decisiones como el cierre parcial de instalaciones y el recorte de su personal. Al tiempo, los ingresos y la demanda de servicios se proyectan disminuida hasta en un 50% producto de la desafiliación de más de la cuarta parte de sus afiliados y de la reducción de la facturación. Sirva de ejemplo la ESE “Francisco de Paula Santander”, que agrupa las clínicas y centros del antiguo ISS del Oriente Santander, Norte de Santander y Arauca, la que ha recibido menos del 70% de sus gastos de funcionamiento en el año y afronta deudas estatales por \$14.000 millones que amenazan aumentar hacia el final de 2004.

La receta propuesta por el Estado es la reducción de su área física y de su personal, con crisis de servicios y pérdida de personal altamente calificado, lo que estimulará aun más la desafiliación de sus usuarios. Para solo 2003, cerca del 23% de los usuarios de esta regional del ISS se retiraron, producto del creciente desempleo o la seducción de EPS privadas en donde su calidad de atención se verá interferida, como se anotó antes, por el afán de la rentabilidad.

El “broche de oro” lo constituye la expedición de tarifas del ISS en 2004 que representan una reducción del 15% respecto a las vigentes de 2000, que desestimula a cualquier contratista a prestar servicios al Instituto y dificulta enormemente una prestación de servicios oportuna y eficaz.

De ocurrir el colapso del ISS introduciría una aún mayor desregulación del sistema para un claro favorecimiento de las grandes EPS privadas. El capital privado, sin control, conseguiría poner a su favor la dinámica de la atención de salud, basado en tratar a ésta como mercancía y en sacrificar calidad por costos. Es urgente lograr que se tomen medidas que salven ésta importante estructura pública de salud.

La crisis hospitalaria y su origen

En este aspecto, el balance de la Ley 100 es particularmente negativo e insatisfactorio. Es evidencia el cierre de importantísimos hospitales universitarios, algunos de ellos de centenaria tradición como el “San Juan de Dios” y el “Lorencita Villegas” de Bogotá, el Hospital Universitario de Cartagena y hace solo pocas semanas el Hospital Universitario de Manizales. El número de hospitales que cierran puertas amenaza crecer y son potenciales miembros de la lista entre otros el Hospital Universitario “Evaristo García” de Cali, el Universitario “Ramón González Valencia” en Bucaramanga, el “San Jorge” de Pereira, el “San José” de Popayán y el Materno Infantil en Bogotá. Conocidas las condiciones de vida de la mayoría de los colombianos, se infiere la vital misión de la RPH y se entiende la gravedad de cada cierre. Con la Ley 100, los hospitales públicos fueron obligados a convertirse en ESE y con ello la viabilidad financiera, y no la rentabilidad social, pasó a determinar su permanencia, política que ahora rubrica el Ministerio de Protección Social radicando para el actual periodo de sesiones del Congreso un proyecto de ley en el que se conmina a

la liquidación a todas las IPS públicas que no consigan mayores ingresos que egresos tras un “año de ajuste”. Desde 1993 el modelo de financiación estatal de la capacidad instalada de los hospitales fue reemplazado por los “subsidiados a la demanda”; en consecuencia, su sostenibilidad pasó a depender del pago de la facturación de los aseguradores del sistema, incluido el Estado mismo, quien responde por los “vinculados”. Otros, como las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), agentes de intermediación innecesarios creados por la Ley 100 solo con el propósito de favorecer grandes intereses financieros a costa de la salud de los hospitales públicos, son además verdaderos campeones de la dilación en los pagos, a través de las sistemáticas glosas con que someten a todos sus proveedores de servicios y de la simple demora, más allá de toda norma, del pago de sus obligaciones.

Aunque la crisis económica hospitalaria obedece a múltiples factores, es indudable que, por su magnitud, el efecto financiero de la no cancelación de la deuda contraída por el Estado por la atención de la población no asegurada es el determinante. A finales de 2003, la cartera por la atención de estos pacientes (entre vinculados, desplazados, subsidiados y de FISALUD) a los 19 hospitales públicos más grandes del país era de \$663.517. 820.274 (El Tiempo, 22 de enero/2004). Además de no haber sido cancelada, como resultado de la reducción que ha hecho el CONPES de los recursos que para salud gira la Nación a los departamentos vía Sistema General de Participaciones, ésta ha venido creciendo durante todo 2004. La crisis hospitalaria actual era entonces previsible: ninguna empresa, por eficiente que sea, puede sobrevivir si no le cancelan lo que le adeudan. En el modelo de financiación vigente de la Red Pública el pago por parte del Estado, a precios justos, de la llamada “cuenta de vinculados” es fundamental para la supervivencia de los hospitales. De lo contrario se les conminará al cierre, a menos que éstos renuncien a atender a quienes no tienen aseguramiento y con ello a su misión social, una opción antipopular y absurda.

Para lograr el sostenimiento de los hospitales públicos, cuyo principal cliente es el paciente pobre no asegurado, el punto de fondo es que los recursos que por este concepto aporta la nación sean suficientes y a todas luces no lo son: así lo indica el que mientras que la UPC (el dinero que el FOSYGA provee para la atención en salud) del régimen contributivo es cercana a los \$28.000 por mes por asegurado y la del subsidiado de aproximadamente \$14.000, la del “vinculado” se encuentra hasta 10 veces más abajo, calculado según aportes estatales/población vinculada. Se trata de dos problemas que hoy los hospitales públicos sufren juntos: el no pago y el mal pago. En el actual modelo los hospitales públicos serán viables si el Estado les cancela, al valor justo, lo que les adeuda. De lo contrario, será indispensable regresar a la “financiación de la oferta” o de su capacidad instalada.

Mientras esto llega, en un país como Colombia que carece de camas hospitalarias, se cierran hospitales y es corriente que en los otros no haya sábanas, drogas, ni los más elementales instrumentos quirúrgicos; sus empleados realizan enormes sacrificios, la mayoría sin recibir por semestres enteros mesadas salariales y padecen de la escasez de mínimos elementos e insumos para el trabajo; al tiempo, las finanzas de los hospitales sufren los efectos de su limitado flujo de caja, que restringe su operatividad con riesgo de un progresivo cierre de sus salas. Si no se recibe una pronta cancelación de sus deudas, a pesar de que no falten los enfermos, en un tiempo cercano y por no poder éstos ser atendidos, el índice número de trabajadores/número de pacientes se invertirá y tornará ineficientes a los hospitales, escenario en el que paradójicamente el Estado deudor los podrá intervenir y ordenar su cierre. Tal ha sido la enseñanza de varios de los hospitales ya clausurados.

Tal realidad contrasta con que simultáneamente el Contralor General de la Nación haya denunciado la existencia de \$2,5 billones del FOSYGA provenientes de aportes de los salarios de los trabajadores y depositados en TES y CDT que, en lugar de irrigar el sector de la salud para lo cual tienen destinación específica, son utilizados como soporte de transacciones financieras del Estado frente a la banca local e internacional. Bien le vendría este dinero para balancear financieramente a la red de hospitales del país,

cuya deuda nacional se estima en \$1,2 billones, la mitad del fondo en mención. La movilización de esos recursos podría resolver las hoy angustiosas horas de la RPH.

La crisis de los hospitales universitarios constituye una seria amenaza para la salud de los colombianos; trae consigo además el derrumbe de la red de atención de las regiones, donde los hospitales locales ven agravada su crisis por no tener hacia dónde remitir los pacientes que requieren un manejo médico de mayor complejidad. En múltiples provincias de Colombia, la única opción de atención para enfermedades graves son los hospitales universitarios hoy amenazados de cierre.

La salida que ha propuesto el gobierno nacional a la crisis, las llamadas “reestructuraciones” ha demostrado ser equívoca y conducente a acelerar y no a aliviar la crisis en mención; la experiencia y estudios recientes lo demuestran. Lo fallido de la fórmula estriba en que el foco de la misma se hace sobre la reducción de los egresos hospitalarios y no sobre el aumento de los ingresos, lo que significaría mayores aportes de la Nación.

El llamado “ajuste” a que vienen sometidos los hospitales públicos se reduce a la búsqueda de una disminución de los costos laborales mediante la desvinculación masiva de trabajadores y recontratación de sus necesarias labores con trabajadores que, agrupados en cooperativas, han perdido la estabilidad y otros derechos laborales; sin abordar el problema de fondo, esta vía no logra la sostenibilidad financiera de los hospitales y sí trae consigo, dado que no todos las labores son reemplazadas, la dependencia para procedimientos claves con terceros, pérdida de la capacidad resolutive y reducción del portafolio de servicios de los hospitales que se sometan al “ajuste”.

No solo se reduce la rentabilidad social y financiera sino que, de igual forma que en otros escenarios de la vida nacional como el del sistema pensional, se sujeta el cumplimiento de derechos fundamentales como el de la estabilidad en el trabajo a la expectativa de contar o no con los recursos para ello. Si esta tesis se aceptara, ha dicho el investigador Eduardo Sarmiento Palacio, Presidente de la Sociedad Colombiana de Economistas, “todas las normas constitucionales sobre derechos fundamentales se reducirían a simples enunciados, cuyo cumplimiento quedaría a discrecionalidad del FMI” (*El Espectador*, agosto 22/2004). Junto a su carácter regresivo en lo gremial, desde una perspectiva técnica las llamadas reestructuraciones hospitalarias representan la pérdida de cargos misionales (especialmente de profesionales de la salud con alto nivel de formación) de la planta de personal hospitalaria, lo que disminuye la capacidad instalada de cada hospital reduciendo su potencialidad para atender diferentes problemas de salud. Con la salida de personal calificado la facturación del hospital como empresa cae, afectando el balance financiero de la IPS pública. Al respecto, un reciente e interesante estudio realizado por la Academia Nacional de Medicina provee evidencia de cómo las reestructuraciones no resuelven el problema financiero de los hospitales y cómo aquellos ya sometidos al proceso, frente a los que aún no lo han sido, exhiben similares condiciones de inviabilidad.

La pregunta es entonces, ¿cuál es entonces la solución de la crisis financiera de los hospitales? Evidentemente no lo es la reestructuración; con ella todos perdemos.

Dado lo cuantioso de las deudas del Estado para con los hospitales públicos, cualquier plan de mejoramiento institucional, considerado como una fórmula para sacarlo avante, será insuficiente si al tiempo, el hospital universitario no recibe el justo reconocimiento a su labor asistencial y el Estado le cancela la deuda referida. Solo en este contexto, un plan de mejoramiento institucional hospitalario conducido bajo criterios técnicos, podría ser exitoso. El argumento de que los hospitales públicos son empresas que “no son rentables” no es más que una argucia, puesto que en un país donde la mayoría de la población no tiene ingresos fijos y por tanto no puede pertenecer al régimen contributivo en salud, a la RPH le “sobran clientes”, pero el responsable de la cuenta, que es el Estado, no paga.

En síntesis, la crisis económica y consiguiente semidestrucción de la Red Pública obedece principalmente a la simultánea aplicación de una política de subsidio a la demanda orientada a favorecer la intermediación financiera, junto al abandono de la responsabilidad del Estado en el pago de la obligación de la atención de salud de los pobres que acuden a los hospitales. Ello a pesar que gran parte de estos dineros son recaudados para ese fin de los salarios de los trabajadores.

El deterioro de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud

Otro efecto devastador del modelo de salud vigente ha sido el impacto sobre las condiciones de trabajo del recurso humano. La demora y retención de sus salarios, el no pago de primas y otras prestaciones de ley, a más de laborar en medio de increíbles limitaciones en recursos e instalaciones se volvió la norma en el sector público de la salud. Como ya se dijo antes, en términos financieros, muchos hospitales se sostienen hoy apoyados básicamente en la deuda de las mesadas no canceladas a sus trabajadores, a quienes deben aún dineros de 2003.

Al tiempo se arguye que la causa de los problemas financieros no son los bajos ingresos de origen estatal sino la alta carga laboral y con ello se justifican los despidos masivos de trabajadores. Pero los negativos alcances de la Ley 100 sobre las condiciones de trabajo van mucho más allá; como bien lo ha denunciado la Academia Nacional de Medicina en múltiples escenarios de Colombia, bajo el principio de la salud como negocio las EPS privadas promueven prácticas que atentan contra las bases del profesionalismo en salud: la ausencia de recursos y espacios para la discusión académica que sacrifica la actualización en el conocimiento es la norma. Hoy día, el que un médico logre asistir a un congreso científico depende de que se autofinancie y además pague los honorarios de quien lo reemplace. También se atenta contra la autonomía intelectual de los profesionales en la toma de decisiones a través de la presión que por distintos medios ejerce el empleador para sacrificar calidad de atención a cambio de control de costos. Son ejemplo de ello un tiempo reducido para la atención de pacientes, el prácticamente prohibir remisiones a otros profesionales o especialistas y la solicitud de reducir al máximo el número de pruebas diagnósticas y de medicamentos prescritos y, en clínicas y hospitales, del número de días de hospitalización. Se conocen de múltiples casos en los que los ingresos del profesional están sujetos al cumplimiento de estas restricciones. Todo ello deforma la calidad del servicio y subyuga al profesional. El control de costos en salud, una política que tiene sentido en la medida que no sacrifique la calidad de la atención (esto es, el acceso, oportunidad y eficacia de la misma) es esgrimida como argumento para justificar un aumento de la tasa de ganancia del capital financiero a costa de la salud de los usuarios.

Estas prácticas han ensombrecido aún más el panorama de las condiciones del profesional de la salud en Colombia y afectan seriamente su ejercicio, un factor clave para alcanzar una efectiva atención. Es este profesionalismo y no una auditoría médica mal entendida y, ejercida al servicio de la ganancia del gran capital, lo que cualquier sistema de salud necesita para alcanzar altos estándares de calidad.

La perspectiva: luchar por un modelo de salud basado en la equidad y la calidad y por revertir la tragedia

Como hemos podido apreciar, la salud en Colombia se encuentra gravemente enferma. No es sorprendente si consideramos que ésta refleja la realidad de la Nación. Colombia entera se halla en una de la más graves encrucijadas de su historia y, bajo el dominio norteamericano, padece desde hace más de una década los efectos de una arrasadora política económica de recolonización que ha quebrado la industria y el agro, empobrecido las capas medias y llevado a la indigencia a más de una tercera parte de la población. En tal sentido, la única manera de obtener unas condiciones dignas y sostenibles de salud para los colombianos será el alcance de la soberanía y con ella el desarrollo pleno de nuestro aparato productivo.

Entre tanto, el grave y complejo escenario descrito requiere correctivos urgentes. A nuestro parecer el problema principal radica en el haber permitido que el capital financiero incursione en el sector y asuma el cobro de esa especie de “peaje “que significa la intermediación de los dineros de la salud. De este modo sus ganancias se derivan de especular con el dinero de la salud de los colombianos y al tiempo, negar y restringir el derecho de la población a la salud. La intermediación financiera debe suspenderse, lo que es posible si los recaudos de los trabajadores pasan a ser administrados por fondos sin ánimo de lucro cuyo objetivo único sea contratar servicios de salud de alta calidad.

Se necesita con urgencia redireccionar los recursos hacia el fortalecimiento de la red pública, que atiende asalariados, subsidiados y no asegurados. Los dineros estatales derivados hacia los subsidios de la población más pobre podrían ser igualmente administrados o entregados para su ejecución a la RPH, que se vería fortalecida con recursos que hoy son manejados por intermediarios innecesarios como las ARS. Ello contribuiría a la reconstrucción del Sistema Hospitalario Estatal. El ISS y la RPH requieren dineros frescos que le permitan oxigenarse y reorganizar su red de atención, retornando a la modalidad de financiación estatal de su capacidad instalada, desligando su futuro de la facturación y el recaudo de la misma. Estas medidas permitirían sobreaguar la crisis engendrada. Que no se cierre ni un hospital más y los que ya han sucumbido a la catástrofe sean nuevamente puestos al servicio de la población.

Igualmente es urgente que el Estado fortalezca su estructura en salud y cuente de nuevo con un Ministerio de Salud que retome la conducción de los problemas sanitarios públicos en forma centralizada desde donde se planea, ejecute y evalúe el impacto de intervenciones orientadas al control de los graves problemas de salud que aquejan al país. Ello podría atenuar la marcha hacia atrás que rápidamente ha emprendido la salud pública del país bajo el modelo neoliberal. Con un nuevo modelo de salud que persiga el acceso equitativo, oportuno y de calidad a la atención de los colombianos, un ISS fuerte, una red pública financiada y fortalecida y unos programas de prevención dirigidos y financiados por un sistema único nacional del Estado, la salud de los colombianos podría superar parcialmente sus actuales escollos, en busca de un mejor mañana.