

La penuria

DE LA SALUD PÚBLICA*

Consuelo Ahumada Beltrán

Resumen

En este artículo se analiza la crisis de la salud pública en Colombia durante el gobierno de Andrés Pastrana (1998-2002), en el contexto de las políticas económicas y sociales de la década de 1990. Se argumenta que la debacle del sector es el resultado, de un lado, de la puesta en práctica de los criterios tendientes a la búsqueda de rentabilidad, derivados de la ley 100 de 1993, que se expresan sobre todo en la intermediación financiera. Y de otro, de la profundización de la política de ajuste fiscal y de reducción del gasto público, prescrita por los organismos internacionales y los países poderosos.

Palabras clave: ajuste fiscal, crisis social, desempleo, gasto público, cierre de hospitales, intermediación financiera.

Abstract

This article analyses the crisis of the public-health sector in Colombia during the administration of Andres Pastrana (1998-2002), in the context of the economic and social policies of the decade of 1990. It is argued that the debacle of this sector is a result, on one hand, of the implementation of the criteria of profit-seeking, derivated from lye 100 of 1993, which are mainly expressed in the financial intermediation. On the other hand, of the profundization of the policy of fiscal adjustment and cut on public expenditure, imposed by international institutions and powerful countries.

Key words: fiscal adjustment, social crisis, unemployment, public expenditure, closing of hospitals.

Introducción

Quizás el servicio social básico que se ha visto más golpeado por la lógica neoliberal imperante es el de la salud pública, donde se expresa como en ningún otro campo el

deterioro de la calidad de vida de los colombianos. En este caso, la discusión se ha polarizado también entre los defensores del modelo de salud impuesto mediante la ley 100 de 1993 y sus críticos. Para Juan Luis Londoño, gestor de dicha ley y actual ministro de Salud y de Trabajo, las causas de la crisis son el clientelismo, la corrupción y la “falta de gerencia característica del gobierno de Samper” (El Tiempo, octubre 8 de 2001). Como solución al problema, propone “más eficiencia y gerencia en las entidades de dirección y control de la salud” y “mejorar la pro-

* El presente artículo es tomado del libro: *Cuatro años a bordo de sí mismo. La herencia económica, social y política del gobierno de Andrés Pastrana* (El Áncora Editores, Bogotá, 2002). Una versión preliminar del mismo se presentó ante los estudiantes de la Maestría en Administración de Salud durante el primer semestre de 2002.



ductividad en clínicas y hospitales públicos y privados” (El Tiempo, octubre 12 de 2001). Se trata de un discurso bastante trillado por aquellos organismos internacionales que impusieron los criterios de las reformas de salud en América Latina.

Desde la otra orilla, los sectores sociales, gremiales y políticos que se mueven en torno a la salud pública coinciden en denunciar los criterios de rentabilidad introducidos por la reforma como los principales causantes de la crisis. De acuerdo con la Academia Nacional de Medicina, la reforma de salud ha llevado a consumir nuevos y cuantiosos recursos en un costoso mecanismo de intermediación guiado por el afán de utilidades corporativas, lo cual ha contribuido significativamente a la quiebra de las instituciones que prestan los servicios, en especial los hospitales públicos:

Se ha sometido la práctica de la medicina a una argumentación económica que somete el acto médico a la infraestructura de la industria y al poder del mercadeo (...) en esencia, es la conversión de la medicina, que como disciplina intelectual es una profesión de compromiso social, en un oficio que, al disminuir costos, resulte en mayores márgenes de utilidad para las entidades intermediarias (Academia Nacional de Medicina de Colombia, 1999).

Agrega que la administración del acto médico ha pasado a manos de los intermediarios: las aseguradoras, las empresas promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado ((ARS), que conforman “una nueva industria”. Así, “*la responsabilidad social del Estado ha sido transferida a las entidades comerciales (...) La ética médica es reemplazada por una todavía no bien definida ‘ética corporativa’, donde el costo-beneficio en términos de rendimiento financiero es el objetivo principal*” (El Tiem-

po, febrero 17 de 1999). La reforma inducida por la ley 100 convierte al paciente en usuario, concebido ahora como cliente y consumidor de un producto industrial. Por todo lo anterior, la Academia ha venido proponiendo la eliminación de las ARS, para que sus funciones las vuelvan a tomar las secretarías de Salud.

Es cierto que la crisis de la salud pública empezó a manifestarse desde mediados de los años noventas, cuando se inició la aplicación de la ley 100. Pero también lo es que el golpe definitivo se lo propinaron las políticas de ajuste fiscal y de reducción de la inversión pública, acentuadas desde finales de la década pasada y, en especial, durante el gobierno de Pastrana. Aparte de los criterios mercantilistas introducidos por la reforma y de los aditamentos que le incorporó el último cuatrienio, la crisis generalizada del país en lo económico y social incidió en el colapso de los regímenes contributivo y subsidiado y en la ruina de la red pública hospitalaria. Vale la pena entonces examinar los elementos que condujeron a la situación descrita.

1. Reducción del gasto público

De acuerdo con el *Informe de desarrollo humano para Colombia* de 1999, en ese año se dio una disminución del gasto en salud como porcentaje del PIB. Esto incluye el gasto en tres rubros: administración e investigación, gasto en hospitales de primer nivel y Plan de atención básica (PAB). La reducción mayor se hizo en este último programa, cuyo presupuesto descendió a la tercera parte del que tuvo disponible en 1997, hasta quedar en un monto que, en términos reales, era menor que el de 1980¹. Igualmente, conti-

1 De acuerdo con el mismo informe, tres actividades fueron virtualmente abandonadas, puesto que no se realizó ningún gasto en 1999: capacitación en



núa el informe, preocupa la severa reducción en prevención y promoción de la salud y en prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre las cuales se incluye el sida, rubros en los cuales el gasto se redujo en casi 80%.

La disminución de los recursos para la salud pública en la década es grave si se tiene en cuenta que este campo tan sensible ha tenido históricamente un presupuesto deficitario, no solo en Colombia sino en la región. A manera de comparación, en un informe conjunto del BID y el Banco Mundial se dice que, a comienzos de los años noventa, el gasto de salud per cápita en América Latina y el Caribe era proporcionalmente muy inferior al de los países industrializados. En los primeros era de cerca de 122 dólares y representaba en promedio 6% del PIB regional; mientras tanto, en Canadá era de 1.945 dólares y en Estados Unidos de 2.763 dólares, lo que representaba 9,1% y 12,7% de los respectivos PIB (BID, Banco Mundial, 1995).

En cuanto a la evolución de las coberturas de vacunación, el resultado tampoco ha sido positivo en los últimos años. El mismo informe reconoce que en 1999 se dio una reducción del presupuesto para vacunaciones masivas y control de enfermedades tropicales, del 17 y 12%, respectivamente, frente a 1998. Este efecto puede verse en la disminución de la cobertura de vacunación de niños menores de un año, entre 1996 y 1999, cuando se pasó de coberturas superiores al 90% a coberturas apenas cercanas al 70% en el último año (DNP, 1999).

control de enfermedades, difusión y promoción de la cultura de la salud y normalización, adecuación y suministro de medicamentos esenciales. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social-PNUD, *Informe de desarrollo humano para Colombia 1999*. Tercer Mundo Editores, mayo de 2000, p. 98.

En febrero de 1999 la Tesorería General de la Nación informó al ministerio de Salud que de los 25.637 millones de pesos de presupuesto para ese año, solo disponía de mil millones de pesos para el Plan ampliado de inmunizaciones, que costaba, en ese momento, más de quince mil millones. A mediados del mismo año la Red nacional de servicios de salud carecía de vacunas para los cien mil niños que nacen mensualmente en Colombia, para aplicar refuerzos a los mayores y para proteger a las mujeres embarazadas (El Tiempo, octubre 9 de 2001). No es extraño, en consecuencia, que desde mediados del último gobierno se presentaran reiteradas epidemias de dengue, sarampión y otras enfermedades fácilmente controlables en países donde todavía la inversión en salud pública es prioritaria.

Con respecto a este mismo problema, y de acuerdo con un trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), al comparar por departamentos la inmunización con vacuna antipoliomelítica durante los periodos 1995-1996 y 1997-1998, se nota un indudable deterioro, en la medida en que en los departamentos en donde el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas (NBI) es mayor, la disminución de la cobertura es también mayor que en aquellos en donde existen mejores condiciones de vida. *“Esta caída de cobertura de vacunación es notoria con respecto a todas las vacunas, a partir de 1997, siendo más evidente en unos departamentos que en otros”*, señala (Málaga, Latorre, Cárdenas, et al., 2000). La situación se complica si se considera que en 1994 Colombia recibió la certificación como país libre de polio y entre 1996 y 1997 alcanzó los mejores niveles de cobertura en vacunación: 99% de los niños fueron protegidos contra polio, sarampión, rubéola, paperas, difteria y otras enfermedades.

El estudio antes mencionado hace una síntesis de los programas específicos en los cua-



les ha habido deterioro a partir de la puesta en práctica de la ley 100, de los que se destacan los siguientes: el programa de protección de alimentos, que se sustentaba en la ley 9, fue desconocido en la práctica por la reforma, al incorporársele dentro del PAB y reducirse sustancialmente su presupuesto. Se eliminó, por ejemplo, la inspección veterinaria de muchos de los mataderos y se redujo la prevención y diagnóstico temprano de la tuberculosis (TBC), que representa uno de los problemas más graves del país actualmente. Resultado similar se observa en los casos de la lepra y de la sífilis congénita. De acuerdo con el mismo estudio, la incidencia de esta última venía disminuyendo en los últimos quince años, con tasas que iban desde 0.97 por mil nacidos vivos en 1985 a 0.37 en 1997, pero en los dos últimos se ha incrementado el número de casos, al igual que de otras enfermedades de transmisión sexual.

Aparte de denunciar el deterioro de la vacunación en Colombia, la OPS se refiere también a la crisis de las entidades territoriales y a su impacto negativo sobre la salud pública. Cuestiona el hecho de que la descentralización de los sistemas locales e intermedios se haya entendido como autonomía o autarquía y no se acompañara de adecuadas transferencias de competencias ni de recursos tecnológicos y financieros, y considera que la descentralización de los servicios de salud y la adopción de los criterios del mercado no es coherente con la división político-administrativa del país, lo que ha impedido que se armonicen

las lógicas de la democracia y la participación (basadas en las leyes de organización y funcionamiento de los municipios), de la epidemiología (basadas en espacios poblacional geográficamente definidos en un tiempo dado), de los servicios (basadas en niveles de resolución tecnológica articulados fren-

te a estrategias de ataque únicas y en la economía de escala), con la lógica del mercado (...) cuyo objetivo es el lucro y la rentabilidad económica (Málaga, Latorre, Cárdenas, *et al.*, 2000).

2. Un fracaso a la vista

La crisis económica de finales de la década pasada contribuyó a profundizar, en opinión de varios analistas, al fracaso del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) establecido por la ley 100 de 1993, uno de cuyos principales gestores fue el actual ministro de Salud y de Trabajo. En efecto, mientras en 1998, 63% de los afiliados hacía su aporte oportunamente al régimen contributivo, en 1999 este porcentaje bajó al 47%. Los propios datos oficiales señalan que en el primero de estos años el número de afiliados al régimen contributivo era de 16.09 millones, en tanto que en el segundo se redujo a 13.65 millones (Portafolio, marzo 14 de 2000). En cuanto a pensiones, de acuerdo con la Superintendencia Bancaria, al cierre del tercer semestre de 1999, de 3.318.356 personas que se encontraban afiliadas al régimen privado, más de la mitad no cotizaba desde hacía seis meses. Éstos son los que se conocen como “trabajadores inactivos” (Portafolio, octubre 27 de 1999).

Sin embargo, la situación de la salud es todavía más crítica de lo que muestran las cifras anteriores. En el 2000 se registró un déficit de 92.400 millones de pesos; para el siguiente año se estimaba que llegaría a 186.000 millones, y se preveía que en su caída arrastrara consigo al régimen subsidiado. A finales de 2001 el sistema mismo estaba a punto de colapsar. En junio de ese año el número de cotizantes era de apenas 5.923.871, de los cuales 17% aportaba 12% sobre una suma menor a un salario mínimo; 55,2% sobre uno y dos salarios mínimos;



13% aportaba sobre 2 y 3 salarios mínimos, y 5% lo hacía con base entre 3 y 4 salarios mínimos. Solo 9,2% aportaba sobre cuatro salarios mínimos o más (El Tiempo, octubre 8 de 2001).

Es entonces incontrovertible que se ha producido una verdadera deserción de afiliados al régimen contributivo. Cada vez que un trabajador pierde el empleo, la empresa deja de cotizar a la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP), al Instituto de Seguro Social (ISS), a la Caja de Compensación o a la EPS, con lo cual, aparte de desempleado, queda completamente desprotegido. Lo mismo sucede con mucha frecuencia cuando la empresa se acoge a la ley 550 de intervención económica, aunque legalmente deba seguir cotizando a la seguridad social. Según estimativos de Fedesarrollo, el número de afiliados al Sistema general de seguridad social en salud bajó desde su máximo del 60,3% en 1998 al 53,7% en el 2000 (*El Tiempo*, febrero 28 de 2001). En un informe previo de la misma entidad se señalaba que de 11.5 millones de trabajadores y pensionados, solo 5.9 millones estaban afiliados al sistema. Entre los trabajadores independientes con capacidad de pago, que ascendían a 1.093.551, solo 171.553 (15,7%) estaban afiliados (Portafolio, agosto 16 de 2000).

El Sistema general de seguridad social en salud generó excedentes importantes en los primeros seis años de funcionamiento, hasta el punto de que para 1999 sus reservas, manejadas por el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), llegaron a 335.956 millones de pesos. Sin embargo, estos recursos nunca fueron transferidos en las proporciones indicadas a los hospitales públicos. A partir de entonces cerca de diez millones de cotizantes desaparecieron como consecuencia de la crisis económica, la pérdida del empleo, la evasión o la afiliación a la medicina prepagada. Las reservas de la salud ca-

yeron a 4.095 millones a finales de 2001, y se preveía que ello comprometiera la existencia misma de cerca de 33 mil instituciones, incluidos hospitales, clínicas, consultorios, laboratorios y otros centros de salud conocidos como instituciones prestadoras de servicios (IPS). Para el 2002 se espera que el déficit sea de 221 mil millones de pesos, el peor saldo desde el lanzamiento de la ley 100 y la señal contundente de la quiebra del sistema (El Tiempo, octubre 8 de 2001).

El régimen subsidiado tampoco ha contribuido a mejorar la suerte de los sectores más desvalidos de la población. Dentro de la ley 100 fue concebido como una estrategia típicamente asistencialista que le permitiera al Estado proporcionarles una cierta atención básica, cada vez más precaria, pero sin romper para nada con el esquema neoliberal de la reforma y sin resolver el problema del acceso de estos compatriotas a los servicios de salud. Como en el caso del régimen contributivo, los grandes beneficiados del régimen subsidiado han sido los intermediarios financieros que controlan los recursos.

Un balance preliminar sobre el funcionamiento del régimen subsidiado y la aplicación del Sistema de identificación de los beneficiarios (Sisben), tanto para salud como para pensiones, mostraba serios problemas, entre ellos el continuo recorte de los recursos asignados al sector. Cumpliendo con la prescripción de reducir el déficit fiscal, la ley 344 de 1996, conocida como ley de racionalización del gasto público, derogó el artículo 221 de la ley 100, que establecía la financiación del régimen subsidiado, y con ello eliminó el porcentaje que debía aportar el Estado. La nueva ley estatuyó el llamado *Pari passu*, mecanismo mediante el cual el fisco está obligado a girar un peso por cada peso que los asalariados e independientes, inscritos en el régimen contributi-



vo, cotizan solidariamente al sistema para ampliar el servicio en los estratos 1-3. Como consecuencia de las prioridades del ajuste fiscal, no obstante, el gobierno incumplió con esta obligación, y en la mayoría de los municipios ni siquiera se realizó la apropiación presupuestal correspondiente para adelantar el proceso de identificación de los beneficiarios potenciales, sin hablar de los continuos recortes en las transferencias (El Tiempo, octubre 9 de 2001).

Otro problema detectado por la Superintendencia Nacional de Salud en el régimen subsidiado es que a él ni siquiera acceden los sectores más pobres de la población. Cerca del 40% de éstos, unos seis millones de personas, no reciben el subsidio, por lo que en caso de necesidad deben acercarse a un hospital público y pagar una cifra que varía de acuerdo con el lugar (El Tiempo, 26 de octubre de 2000). De otra parte, en diciembre de 1997, de dieciséis departamentos que tenían más del 50% de NBI, solo en cinco se había alcanzado una afiliación por encima de la mediana del país. Al evaluarse nuevamente la situación en diciembre de 1999, se encontró que entre los departamentos que tienen más del 37.5% de NBI, solo cuatro de los veinticuatro superaron la proporción nacional de aseguramiento (Málaga, 1999).

2.1 Contradicciones de coberturas

Ante la debacle de la salud pública, los defensores de la ley 100 insisten en mostrar como un gran logro la supuesta ampliación de la cobertura. Sin embargo, las cifras de afiliación al régimen subsidiado que dan las propias entidades del Estado no coinciden. Aunque el gobierno de Pastrana reconoció que incumplió la meta fijada en este campo (cobertura universal en el año 2000), el Departamento Nacional de Planeación (DNP) asegura que desde diciembre de 1993, cuan-

do se aprobó la reforma, Colombia pasó de cubrir 20% a 54% de la población. Un poco menos optimista, la Superintendencia de Salud afirma que la cobertura es tan solo del 53,7%, equivalente a 340 mil afiliados menos al sistema, y la Academia Colombiana de Medicina se refiere a un cubrimiento mucho menor, equivalente al 48% de la población, es decir, tres y medio millones de colombianos menos que lo que registra el gobierno. Otra contradicción radica en que mientras el ministerio de Salud dice que son 9.5 millones de beneficiados, los datos del DNP indican que apenas superan los 5 millones (El Tiempo, octubre de 2001).

Sin embargo, lo que efectivamente muestran las cifras del mismo ministerio del ramo es que la cobertura del Sistema general de seguridad social en Salud se ha incrementado en términos absolutos pero no relativos, lo que quiere decir que la proporción de la población que no está cubierta es mayor que antes de la expedición de la ley 100. En 1992, sobre un total de 33.595.844 habitantes, el porcentaje de la población no cubierta era del 37,4% (correspondiente a 12.553.640 personas); en el año 2000, sobre una población total de 42.330.374, el porcentaje no cubierto era del 46,3% (19.598.963 personas) (Ministerio de Salud, 2001).

Por otra parte, el funcionamiento de las ARS ha sido cada vez más puesto en duda. Varias de ellas han sido liquidadas, y en algunos casos han dejado a los afiliados sin ningún respaldo y a los hospitales con sus deudas. De 236 ARS que había el 31 de diciembre de 2000, un año después quedaban solo 41. La sorpresa que han encontrado los organismos de vigilancia es que algunas de ellas no tienen respaldo patrimonial ni económico para cubrir las deudas con los hospitales. «*Algunas aseguradoras han salido del sistema luego de exprimir los recursos del régimen subsidiado (...) y después de haber obtenido jugosas ganancias*»,



afirmaron directivos de la Asociación de Empresas Sociales del Estado en Antioquia (El Tiempo, septiembre 16 de 2001).

2.2. Cuantiosas deudas y cierres

Entre tanto, la red pública hospitalaria se encuentra en una gravísima situación, en buena medida como resultado de la intermediación financiera desarrollada por las EPS y ARS. Un estudio de Fedesarrollo señala que a comienzos del año 2001 las 27.052 IPS existentes en el país corrían el riesgo de desaparecer, debido en primer término al atraso en el pago de las cuentas por parte de las EPS, un atraso que en 1999 fue calculado en 600 mil millones de pesos. Todos los voceros de los hospitales públicos coinciden en señalar que las ARS demoran por varios meses el dinero que antes fluía directamente del Estado y que casi siempre llegaba a tiempo. La segunda causa de la crisis es el incumplimiento en los giros por rentas cedidas (impuesto a licores, juegos de azar, cerveza) de los departamentos y de los dineros del situado fiscal que el gobierno no había desembolsado. Solo por este último rubro, en abril del 2001 el déficit ascendía a 180 mil millones de pesos (El Tiempo, abril 26 de 2001). A todo ello hay que sumar los costos en que incurren las clínicas y hospitales cuando, principalmente por situaciones de urgencia, atienden a personas que no se encuentran cubiertas por el sistema de salud, gastos que nadie les reconoce. De otro lado, la “contención de costos” aplicada por las EPS y las ARS, junto con otras prácticas, les costaron a las IPS 70 mil millones de pesos en ese mismo año y el atraso en los pagos les representó pérdidas por 45 mil millones de pesos. La contrapartida son las ganancias, por una cifra igual, que tienen las EPS al demorar la cancelación de dichas cuentas, en muchos casos hasta por 270 días (El Tiempo, febrero 28 de 2001).

En promedio, las deudas por hospital que tienen las EPS, ARS y demás entidades pasaron de 1.000 millones de pesos en 1998 a 8.331 millones en el 2002, según Juan Carlos Giraldo, presidente de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). En septiembre de 2001, a las 42 principales IPS del país les adeudaban 349.907 millones de pesos, de los cuales 53% correspondía a obligaciones contraídas por las entidades aseguradoras desde hacía más de noventa días. Los hospitales están dejando de percibir un promedio de 232 millones mensuales por concepto de intereses de mora causados por dicha deuda. Giraldo afirma que las EPS ejercen una posición dominante en el mercado de salud, contratando solo bajo sus condiciones, realizando prácticas de selección adversa y pagando tarifas por los servicios equivalentes a las que pagaban en 1999. Para enredar aún más las cosas, al transformarse en empresas sociales del estado (ESES), tal como lo estipuló la ley 100, la mayoría de los hospitales públicos se han visto abocados a la quiebra, ya que para sobrevivir deben competir como empresas privadas por clientelas y recursos y facturar cualquier servicio que presten.

Lo cierto es que la reforma les dio a las EPS el control de la casi totalidad de los elementos fundamentales que componen el sistema de salud: manejan el dinero proveniente de la unidad de pago por capitación (UPC)², tienen a su cargo las afiliaciones, diseñan la red de servicios y, por tanto, eligen con qué clínicas y hospitales trabajan. Además, se está dando una competencia desleal por parte de las EPS, que cuentan con infraestructura propia y manejan precios con los que es muy difícil competir, y al mismo tiempo proliferan servicios “de garaje” que no

2 La UPC es el dinero que el estado les reconoce a las promotoras de salud por la atención a cada uno de sus afiliados.



disponen de las especificaciones técnicas y profesionales necesarias para garantizar la calidad de la atención, lo que complica aún más el caos de los hospitales y clínicas³.

Después de la aprobación de la ley 715 del 2001, una de las grandes “hazañas” del ex ministro Juan Manuel Santos, que redujo las transferencias a las entidades territoriales, numerosos alcaldes afirmaron haberse quedado sin recursos para la atención de la población desprotegida. Los secretarios departamentales de salud se unieron para pedir al gobierno cambios drásticos en la distribución, pues estiman que en las actuales condiciones no es viable sostener el funcionamiento de la red primaria de servicios, ni siquiera en los tres primeros meses del año. No es de extrañar entonces que Virgilio Galvis, el primero de los ministros de Salud del gobierno de Pastrana, pronunciara una frase que resultó premonitoria sobre la suerte que corrieron estas entidades bajo el cuatrienio: “*La política del gobierno es que todos los hospitales deben hacer buena gestión o se cierran*”. Y en efecto, aparte de propiciar la muerte de un buen número de instituciones, a comienzos de 2001 el gobierno planteó una reestructuración hospitalaria con un ajuste a la baja del 35% en la nómina de 93 mil empleados (El Tiempo, febrero 28 de 1999).

2.3 Ganancias del sector privado

La penuria de la salud pública, sin embargo, contrasta con las ganancias del sector privado, representado por las EPS. Según informe de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi), a diciembre de 1999 quince de las diecisiete empresas que prestan el Plan obligatorio de salud (POS) ya habían logrado generar utilidades, mientras que en el ejercicio del año anterior solo siete arrojaron resultados positivos. En su conjunto, las EPS obtuvieron ganancias por 35.883 millones de pesos en 1999, frente a pérdidas por 23.332 millones de pesos registradas en 1998. No obstante, lo más significativo fue el resultado no operacional del periodo, que llegó a los 13 mil millones de pesos, cifra que corresponde a utilidades por el manejo del portafolio de inversiones diferentes a la salud. Lo cierto es que en los últimos años las EPS se concentraron en mejorar el tamaño de sus economías, en conseguir más afiliados y en bajar el margen de la actividad como tal. De esa manera mejoraron su flujo de caja, redujeron en buena medida los costos por compra de medicamentos y han tratado de optimizar los gastos de atención por usuario (Revista Dinero, abril de 2000). Al finalizar el 2001, las afiliadas a Acemi registraron ingresos superiores a los dos billones de pesos (La República, abril 30 de 2002).

Un recurso adicional que les ha permitido obtener importantes ganancias a las EPS y ARS es el de las afiliaciones dobles. En una investigación adelantada por la Superintendencia de Salud se encontró que las primeras hacían cobros múltiples de la UPC por un mismo individuo. El Ministerio de Salud, avalado por el de Hacienda, expidió entonces el decreto 047, en el cual se dice que las autoridades administrativas se abstendrán de hacer requerimientos para cualquier efecto, en materia de compensación, sobre pe-

3 En efecto, muchas clínicas y hospitales del país, tanto del sector público como del privado, están enfrentando un acelerado proceso de “desfinanciación” como resultado de las enormes deudas de las EPS por la prestación de servicios y porque desde 1993 les ha tocado asumir el costo del dinero. Aunque el Código de Comercio estipula el pago de intereses por mora, nadie obliga a las EPS a cancelarlos, y las IPS no los cobran porque temen que las primeras no vuelvan a contratar sus servicios (“Agarrón entre las IPS y las EPS”, *La República*, marzo 4 de 2002, p.6 A).



riodos frente a los cuales las denuncias por este concepto se encuentren vigentes (El Tiempo, febrero 28 de 2000). En el 2000 se detectaron 1.349.559 dobles afiliaciones en todo el país, por las cuales el Fosyga les pagaba a las EPS y ARS, y se cree que por este conducto se perdieron 340 mil millones de pesos. Más recientemente, en un cruce de información entre el Ministerio de Salud y la Registraduría Nacional, se encontraron 65 mil personas que aparecen como fallecidas en los archivos de esta última y por las que las EPS reciben aportes del Estado. Los desembolsos irregulares por este concepto pueden ascender a más de 1.500 millones de pesos mensuales (El Tiempo, octubre 9 de 2001 y febrero 16 de 2002).

2.4. La crisis del Instituto del Seguro Social

Otro factor que influye en el deterioro de la atención de salud en Colombia es la crisis en que se encuentra el ISS. La situación se hizo especialmente grave a partir de la puesta en práctica de la ley 100 y de sus múltiples decretos reglamentarios, que impusieron a los servicios de salud los criterios de eficiencia y rentabilidad, obligando al ISS a competir con el sector privado. A ello hay que agregar el incumplimiento histórico del gobierno nacional de sus compromisos financieros con la entidad y la evasión sistemática de los aportes por parte de las empresas. En julio de 1998 la Superintendencia de Salud le impuso a la EPS del ISS, la más grande del país, una sanción que consistió en la suspensión de las afiliaciones de nuevos usuarios hasta tanto mejorara la prestación del servicio y la parte administrativa. La sanción le representó al seguro social un agravamiento de su situación financiera, con lo que las IPS de la entidad se encontraban al borde del cierre. Tales son las verdaderas causas de la crisis de la entidad, y no “*los excesivos beneficios laborales de los trabajadores*”, como planteó el gobierno.

El 31 de octubre de 2001 se llegó a un acuerdo entre los sindicatos del ISS y los ministerios de Hacienda y de Trabajo, sobre la base de que los primeros aceptaran revisar la convención colectiva⁴. A cambio de importantes concesiones por parte de los trabajadores, el gobierno se comprometió a levantar la sanción al ISS, al otorgamiento de un crédito oficial por un billón de pesos, al mantenimiento de la unidad de empresa y a una campaña institucional para recuperar usuarios y obtener nuevos afiliados, entre otras medidas.

Por último, y por extraño que pueda parecer, la crítica situación de la salud pública también ha merecido reconocimiento internacional: la Organización Mundial de la Salud (OMS), en efecto le otorgó al país otra distinción insólita. Colombia obtuvo el primer lugar en equidad financiera, entre 191 naciones, en el *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, publicado a mediados de ese año por la OMS. Se afirma allí que es el primer país donde, por ley, todas las familias aportan el mismo porcentaje en relación con sus ingresos, y que posee el sistema de mejor desempeño en América Latina. El informe causó estupor e indignación entre diversos sectores académicos y sociales, tanto en el país como en el continente. “*Denunciamos el ranking de la OMS como una forma más de fomentar un pensamiento que nos conduce a la iniquidad y la injusticia a*

4 Los acuerdos frente a la convención colectiva incluyen, entre otras medidas, la congelación de la retroactividad de las cesantías durante diez años; la determinación de la cuantía de la pensión de jubilación estará sujeta a una tabla que tiene en cuenta la antigüedad del trabajador y el total de lo percibido en los dos, tres o cuatro años de servicio, según el caso; la exclusión de la convención colectiva, en el régimen prestacional, de los trabajadores que ingresen a partir del 31 de octubre de 2001 (“El acuerdo en el ISS: el gobierno impuso sus condiciones”, La Bagatela N. 6, noviembre 27 de 2001, p. 8.).



partir de criterios sin ninguna orientación humana”, señaló la declaración política del VII Congreso de Medicina Social, celebrado en La Habana en julio de 2000, poco tiempo después de la publicación del controvertido informe (Nueva Gaceta N. 1, 2000). Por su parte, el gobierno colombiano expresó su satisfacción por el reconocimiento y el ministro de Salud encargado, Mauricio Bustamante, añadió que el resultado era muy alentador para el gobierno y para el desarrollo del sistema. “*Lo asumimos con alegría pero también con serenidad*”, afirmó (El Tiempo, junio 21 de 2000).

A manera de conclusión, el sector de la salud pública se ha visto notoriamente afectado, no solo por los criterios neoliberales de búsqueda de rentabilidad, estipulados por la ley 100, sino también por la crisis económica y social en la que se encuentra el país. Las cada vez más estrictas políticas de ajuste fiscal y de reducción del gasto público, impuestas desde las organizaciones internacionales al país, han llevado a un deterioro sin precedentes del empleo y de las condiciones sociales en general. Ello ha incidido de manera directa en la situación de la salud pública en Colombia.

Referencias bibliográficas

- Academia Nacional de Medicina de Colombia, 2000. Comisión de Salud, ley 100 de 1993. Reforma y crisis de la salud. Bogotá. Colombia. Febrero de 1999. (Citado por Ramón Granados Toraño y María C. Gómez Montoya en “La reforma de los sistemas de salud en Chile y Colombia: resultados y balance”. En *Revista de Salud Pública*. V. 2. N.2. Pp. 97-120.
- Bersh Escobar, David, 2001. “Vacunación, la otra cifra dramática”. En: *El Tiempo*. Octubre 9. Pp. 1-12.
- BID, BM, y otros, 1995. *Acceso equitativo a los servicios básicos de salud: hacia una agenda regional para la reforma del sector salud*. Septiembre. P. 8.
- Departamento Nacional de Planeación-Misión Social-PNUD. 1999. *Informe de desarrollo humano para Colombia*. P. XXI.
- El Tiempo, 1999. “Médicos piden vuelco en salud”. Febrero 17. P. 3A.
- _____, 1999. “Hospitales en el quirófano”. Febrero 28. P. 23 A. “Inminente ajuste a la red de hospitales públicos”. *Portafolio*. Febrero 28 de 2001. P. 8.
- _____, 2000. “Investigan a grandes EPS”. Febrero 28. P. 1 B.
- _____, 2000. “Colombia, el más eficiente en salud de América Latina”. Junio 21. Pp. 1-2.
- _____, 2000. “Seis millones de pobres sin subsidio de salud”. Octubre 26. Pp. 1-4.
- _____, 2001. “Se agrava la crisis de la salud”. Febrero 28. Pp. 1-4.
- _____, 2001. “Salud en regiones podría colapsar”. Abril 26. Pp. 1-2.
- _____, 2001. “Se ‘esfumaron’ cerca de 100 mil millones de la salud”. Septiembre 6.
- _____, 2001. “La salud en bancarrota (II)”. Octubre 8. Pp. 1-18.
- _____, 2001. “A la salud no le cuadran las cifras (III)”. Octubre 9. Pp. 1-9.
- _____, 2001. “¿Qué reformarle a la salud? IV”. Octubre 12. Pp. 1-10.
- _____, 2002. “65 mil ‘mil muertos’ en la EPS”. Febrero 16. P. 1.
- La República, 2002. “Ingresos de EPS llegaron a \$2 billones en 2001”. Martes 30 de abril. P. 2 B.
- Málaga, Hernán. 1999. “Perspectivas de la epidemiología en la reforma de seguridad social”, *Revista de la Salud Pública*. Universidad Nacional de Colombia. 1 (2): 128-136. Citado en Málaga Hernán y otros. “Equidad y reforma de salud en Colombia”. Op. cit.
- _____; Latorre María C.; Cárdenas Jaime y otros, 2000. “Equidad y reforma en salud en Colombia”, *Revista de Salud Pública*. V. 2. N. 3. Bogotá. Noviembre. Pp. 193-219.
- Ministerio de Salud, 2001. Reforma de seguridad social en salud. Tomo 3. Pp. 113-114. Y Supersalud. En: *Revista Hospitalaria*. ACCH. Marzo-abril. P. 32.
- Portafolio, 1999. “Desbandada en seguridad social. Recesión desprotege a los trabajadores”. Octubre 27. Pp. 1 y 7.
- _____, 2000. “Se deteriora la calidad de vida”. Marzo 14. P. 7.
- _____, 2000. “La mitad de los trabajadores colombianos no cotiza a salud”. Agosto 16.
- Revista Dinero, 2000. “EPS Resultados a la vista”. Abril. Bogotá.

