

### Caso de Colombia

## **Las grietas de un sistema de salud colapsado**

De acuerdo con los datos de un documento presentado en el III Congreso de la Salud y la Seguridad Social realizado en Bogotá, se puede afirmar que en Colombia el sistema de la salud y la seguridad social vive la peor crisis desde 1993, año en que éste se implementó con la Ley 100. Hoy este sistema se encuentra prácticamente colapsado, como incluso lo ha empezado a reconocer el Gobierno Nacional, que declaró la Emergencia Social y prepara medidas tendientes a financiar faltantes en el sistema de salud.

El deterioro acelerado de los indicadores de salud pública; el desmantelamiento de la red pública hospitalaria; la tutela como único recurso con el que cuentan miles de colombianos para recibir atención médica; las cada vez más precarias condiciones laborales de los trabajadores y los profesionales de la salud; la baja cobertura en vacunación, que se hunde por debajo del nivel internacional; y el aumento abrupto del número de muertes evitables por prevención primaria, que habían disminuido hasta 1996, son los hechos gruesos que nos muestran las enormes grietas que hoy tiene en crisis el Sistema General de Salud y Seguridad Social (SGSSS); mientras las EPS se siguen enriqueciendo y consolidando entre las empresas más grandes del país.

### **La salud pública en cuidados intensivos**

Después de 16 años de vigencia de la Ley 100, es claro que el SGSSS no responde a las necesidades de salud de la población colombiana, puesto que no ha logrado reducir ni en número ni en impacto las enfermedades transmisibles ni las crónicas. Es un sistema planeado desde la perspectiva de sustituir el monopolio público por el monopolio privado; es decir, desde la perspectiva del negocio y la inequidad, en el que hay cura para la enfermedad si ésta da ganancia, y se deja morir si no la da.

Es además un sistema con un enfoque morbicéntrico, o sea no dirigido a mejorar la salud sino a reducir la enfermedad; un sistema que carece de políticas públicas que den solución a los problemas que causan la enfermedad de los colombianos, como son el hambre, la pobreza, la falta de saneamiento básico, vivienda digna, etc.

De ahí que, por efecto de una caída drástica en las tasas de vacunación, las enfermedades infecciosas transmisibles, con excepción de la lepra, en los últimos años hayan tenido una tendencia ascendente si las comparamos con lo que ocurría en 1996. La mortalidad por tuberculosis se estancó desde 1990, cuando debió disminuir. Y de ahí también que el índice de mortalidad infantil en Colombia sea mayor que el de Sri Lanka y Zambia, países cuyo gasto en salud per cápita es casi la décima parte del nuestro, según lo señala la organización Médicos sin Frontera.

Y a todas éstas, las ganadoras absolutas con el desbarajuste de nuestro sistema de salud son las EPS privadas, que lo abarcan todo: el aseguramiento, la prestación del servicio e incluso la educación de los futuros trabajadores de la salud. En 2008, mientras por todo el país se cerraban hospitales públicos, un total de 6 EPS concentraban el 72% de la población afiliada, ostentando así un poder que asfixia cualquier posibilidad de mejorar el sistema, puesto que las EPS sólo promueven cambios cuando éstos les multiplican las ganancias. Y la Ley 1122, que en el año 2007 promovió el gobierno de Uribe, no hizo más que mejorarles el negocio, garantizarles la continuidad de sus ganancias.

Al corte de diciembre de 2008 las EPS con mayor número de afiliados fueron: Saludcoop, con 4.59 millones (27% de los asegurados al régimen contributivo del país); Coomeva, con 2.65 millones; Salud Total, con 1.46 millones; el ISS, con 1.34 millones; Famisanar, con 1.17 millones; Susalud (Suramericana), con 1.13 millones.

### **Las grietas de cobertura del sistema**

Quienes en 1993 crearon la Ley 100 concibieron el SGSSS para que en el corto plazo alcanzara a tener cobertura total en salud. E idearon una estructura en la cual el equilibrio financiero se conseguiría con un 30% de personas afiliadas en el Régimen Subsidiado, y un 70% en el Régimen Contributivo. Pero eso fue en el papel, porque las sucesivas crisis económicas, sumadas a la poca creación de empleo formal y la disparada exponencial del empleo informal, en la práctica invirtieron esas cargas e hicieron el sistema financieramente inviable.

A corte de 31 de diciembre de 2008 teníamos la afiliación de 17'235.265 personas en el Régimen Contributivo (38.7% de los colombianos), 22'485.211 en el Régimen Subsidiado (50.9%), y 4'731.000 personas (10.6%) sin aseguramiento de ninguna clase, para quienes, además, no existen los programas de promoción y prevención, y la mayoría de las veces son rechazadas por los servicios asistenciales.

Aunque las cifras del sistema no son precisamente las más confiables, por el **caos en las bases de datos. No coinciden las bases de datos del Sisbén, de la Registraduría y del Sistema de Salud.** Debido a eso no se sabe cuántos y cuáles colombianos están afiliados, cuáles han fallecido y cuántos quedan por afiliar, lo que no sólo impide planear sino costear adecuadamente los recursos para la salud. Sólo en el caso del Régimen Subsidiado el Gobierno reportó 2'750.000 de personas contratadas no carnetizadas, más otro millón inactivas en las bases de datos.

Pero aún aceptando estas cifras de aseguramiento, que no consideran dobles afiliaciones, morosos y duplicaciones, el real problema de la cobertura es que, en la práctica, no todo enfermo puede acceder a servicios de salud. Muchos clasificados en estrato 3 del Sisben (Régimen Subsidiado) no pueden acceder a la carnetización y deben pagar casi la totalidad de los costos de atención. Muchos otros de los estratos 1 y 2 no son incluidos porque no hay cupos suficientes y deben esperar nuevas convocatorias para obtener su carné. Mientras cientos de miles de personas no tienen derecho a medicamentos y deben pagar parte de los costos de atención.

Ni siquiera los asegurados tienen garantía plena de atención, pues los copagos, las cuotas moderadoras, las demoras en las citas y en las autorizaciones para tratamientos y

cirugías, entre otros muchos trámites burocráticos que hacen más lento y limitan el acceso a los servicios de salud, se convierten en un problema real de cobertura.

Ante este panorama, es apenas natural que el derecho de tutela se haya convertido, de hecho, en el recurso prioritario de los colombianos para acceder a los servicios que el sistema les niega. En 1995 las tutelas representaban el 4.6% del total de litigios judiciales. Hoy representan el 36%. Y el 87% de estas tutelas terminan siendo concedidas, en parte porque más de la mitad de ellas tienen que ver con exigencias de tratamientos o servicios contenidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El año pasado los colombianos, por servicios de salud, interpusieron 142.957 tutelas, 33.7% de incremento con respecto al 2007.

En vista de estas enormes grietas en el SGSSS, la Corte Constitucional emitió la sentencia T-760, por la cual las autoridades de la salud, en cabeza del Ministerio de la Protección Social, deben revisar y actualizar el POS y asegurar la viabilidad y la cobertura universal del Sistema. Esta sentencia levantó ampollas porque puso en cintura al gobierno, puesto que cobertura universal y salud de calidad no son posibles dentro del marco de la Ley 100. Los cambios que el Gobierno ha impuesto, y los que a futuro pueda imponer, seguramente serán simples paliativos, que por encima de todo buscarán mantener el jugoso negocio de las EPS, a costa de asfixiar con mayores impuestos a los colombianos, o desmejorar el ya deficiente plan de beneficios del sistema actual.

El caso es que hoy el sector salud requiere definir cómo financiar sus crecientes faltantes financieros, originados básicamente por el costo de las coberturas no incluidas en el POS, que le generan a las EPS y a los departamentos cargas y deudas que el Estado debe reconocer, pues el sistema no está diseñado para atender los no POS. Por cuenta de la pobreza y el desempleo el número de afiliados al régimen subsidiado (reservado para los que no tienen capacidad de pago) crece. Al tener más usuarios y recursos limitados para atenderlos, estas EPS se llenaron de deudas, sobre todo de los entes territoriales.

De los \$900 mil millones que el Fosyga le debe a las EPS privadas, \$500 mil están glosados, es decir, se encuentran en discusión. Por esta razón, la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) señaló recientemente que 9 de las 15 EPS afiliadas a esta asociación pueden desaparecer el año entrante. Afirma también que el Gobierno cuenta con la plata para saldar la deuda, pero no quiere pagarla porque tiene cerca de 5 billones invertidos en TES de largo vencimiento, o sea destinados a otros compromisos.

Pero si por el lado de las EPS llueve, por el lado de los departamentos no escampa. Se calcula que éstos tienen una deuda que puede llegar a \$1.4 billones con las entidades promotoras e instituciones prestadoras de salud (IPS) por el pago de eventos no contemplados en el POS; pagos que los departamentos han debido asumir por la vía de los fallos de tutela. Sólo Antioquia debe por este concepto \$200 mil millones a la EPS del régimen subsidiado.

Así que las IPS públicas y privadas vienen operando al debe. Afirman que los entes territoriales y las EPS les deben cerca de 3 billones de pesos, que los mantiene al borde del colapso y les causa serios problemas para adquirir insumos, pagar salarios y costear

gastos de funcionamiento, factores que impactan la calidad de los servicios que prestan.

Tal situación fue denunciada en una reciente Cumbre de Gobernadores, lo que llevó al Presidente Uribe a declarar la Emergencia Social con el fin de financiar los faltantes de la salud, que incluye medidas como el aumento de los impuestos al cigarrillo y licores, y la reestructuración de los mecanismos de recaudo de impuestos de juegos de azar. O sea, más impuestos para capear momentáneamente una crisis que no es coyuntural sino sistémica, y que tiene que ver con el estruendoso fracaso del SGSSS que hace 16 años estableció la Ley 100.

### **Una red pública hospitalaria acosada**

En la crisis de la salud pública pesan mucho los problemas de la red pública hospitalaria. Lo ocurrido con el ISS es la mejor muestra de la suerte de las mayorías perdedoras con el nuevo SGSSS. Hace 14 años el gobierno arremetió contra el ISS, que en ese momento vinculaba al 23% de la población (6 millones de trabajadores), para montar un negocio que lucrara al sector financiero. 2.250 trabajadores de planta y 2.600 contratistas pasaron a engrosar las filas del desempleo, suerte que también corrieron los miles de despedidos de los hospitales públicos que reestructuraron su planta de personal.

Para mantener un nivel medio de funcionamiento, los hospitales reestructurados se escudaron en la reforma laboral para contratar con terceros. De ahí que sea hoy alto el número de trabajadores de la salud que no tienen relación contractual con el patrono. Trabajan a destajo o como asociados de cooperativas de trabajo, en muchos casos asumiendo su propia seguridad social porque las CTA a las que pertenecen, de una manera anómala, no pagan las cotizaciones de ley a salud y pensiones, a pesar de hacerles el descuento a sus asociados; mientras otras las pagan sobre un salario considerablemente menor al que corresponde.

La Defensoría del Pueblo, según estudio realizado a finales de 2007, encontró que los médicos colombianos trabajan en promedio 9.47 horas diarias entre 5 y 6 días a la semana; realizan en promedio 8 turnos nocturnos mensuales y trabajan por lo menos en dos entidades. En el sector público el 56.8% de los médicos está vinculado por contrato de prestación de servicios y por CTA, y en el sector privado prevalece la modalidad de contratación por servicios profesionales. En este contexto, los ingresos de un médico son en promedio \$3'500.000, y una gran cantidad de ellos ni siquiera tienen tiempo libre para el esparcimiento, sólo disfrutan de vacaciones cada 4 o 5 años.

Así que mientras el sistema los explota, los desgasta laboralmente, los enfrenta con sus pacientes, y les confronta la ética que como personas y profesionales deben tener, a los trabajadores de la salud les toca tolerar excesivas cargas laborales que afectan su propia salud, y gozan de pocos descansos, vacaciones y licencias. O sea que se echan al hombro la responsabilidad de hacer funcionar bien lo que estructuralmente está diseñado para que funcione mal: el SGSSS.