

La pandemia generada por el covid-19 permitió en Colombia, de manera crítica y apresurada, develar los problemas estructurales, discriminatorios y de sostenibilidad del sistema de salud. Este artículo analiza la evolución de sus finanzas y los cambios institucionales vividos durante las últimas décadas.

La salud en Colombia ¡Qué buen negocio!

por Libardo Sarmiento Anzola*

La salud, de derecho humano fundamental a simple negocio que mueve ingentes cantidades de dinero. Según cifras reveladas por la Superintendencia de Salud, en el año 2018 los ingresos de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) superaron los 68,5 billones de pesos, un incremento de 2,3 por ciento frente a los ingresos reportados en 2017. Un negocio tan rentable que el 10 por ciento de las ventas de las 1 000 empresas más grandes del país, el equivalente al 8,3 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) del país, correspondió a las EPS. En 2018, según la Supersalud, 44 de estas Empresas obtuvieron ganancias cercanas a los 125.000 millones de pesos, rendimiento que enviarían hasta las empresas y negocios más rentables.

Rentabilidad en creciente. El cuarto informe con los resultados financieros del sector salud, a corte de los meses de diciembre de 2017 y 2018, publicado en junio de 2019 por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), el cual incluye a los actores del Sistema general seguridad social en salud (Sgsss), a las compañías de seguros que participan en el sector (riesgos laborales, Soat, pólizas de salud) y demás entidades que ofrecen planes voluntarios de salud, muestra que la rentabilidad anual del sector fue del 5,2 por ciento (utilidad neta/ingresos) en el año 2018 (3,1 billones); una tasa de ganancia análoga a la obtenida por la industria extractiva de hidrocarburos en 2019 (año de bonanza por los altos precios del petróleo en el mercado internacional). En 2017, la tasa de beneficio en el sector de la salud había sido de 4,9 por ciento (2,7 billones de pesos), por tanto, el indicador de rentabilidad se incrementó en 0,3 puntos porcentuales entre 2017-2018.

En cuanto a los prestadores de servicios de salud, durante los años 2017 y 2018, **los ingresos totales** crecieron 10 por ciento (el PIB de Colombia creció 2,7% en 2018 y el IPC cerró en 3,2%, según informó el Dane), lo que se refleja en un aumento de \$5,3 billones. El 85 por ciento de este aumento es explicado por la dinámica de empresas privadas como las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y transporte especial de pacientes (TEP), cuyos ingresos aumentaron 11,4 por ciento, que equivale a \$4,6 billones. Los ingresos de los hospitales públicos se incrementaron en 5,7 por ciento en el mismo período.

Entre 2017 y 2018, **las utilidades totales** de los prestadores aumentaron \$383 mil millones, lo que equivale a un crecimiento de 14,4 por ciento; las de las IPS y TEP privadas crecieron 16,3 por ciento y los ingresos de los hospitales públicos se incrementaron en 7,9 por ciento en el mismo período. En el negocio de la salud, las utilidades crecen a un ritmo más acelerado que los ingresos, el crecimiento de la economía global y de la inflación, todo lo cual refleja un sostenido crecimiento en el margen de utilidad o ganancia.

¿Negocio o derecho fundamental? Precisamente, que la salud no estuviera pensada como derecho fundamental explica la incapacidad para responder ante las demandas de todo tipo derivadas de la emergencia de la pandemia, con la cual el marco institucional de la salud quedó con su armazón al desnudo, evidenciando sus inconsistencias, las fragilidades de la salud pública, las ausencias de prevención y promoción de una vida sana, al igual que por la hegemonía y voracidad del capital privado que controla la salud-enfermedad de las poblaciones.

Un control de este segmento de la vida, que impulsa la “popularidad” de los sistemas de aseguramiento y gestión privada e individual de la salud, en tanto un gran segmento social le teme a la precariedad de la asistencia pública, reacción también estimulada por un gran esfuerzo de publicidad ideológica e interesada de las empresas promotoras de salud que ven al conjunto social como “nicho” cautivo cotizante.

El hecho real es que mediante la total financiarización (hegemonía del dinero sobre la producción real o desvinculación y supremacía del valor de cambio sobre el valor de uso) de la economía y el apogeo del neoliberalismo, la enfermedad y su tratamiento se volvió un lucrativo negocio gestionado por el capital financiero en el marco de los sistemas de aseguramiento, gestión de riesgos y subsidios a la demanda.

Contaminado de estas fuerzas e intereses, los problemas del sistema de salud colombiano se relacionan, de una parte, con la naturaleza y lógica de operación mercadocéntrica: enfoque hospitalario de servicios orientados al tratamiento de enfermedades individuales, intermediación bancaria privada, estratificación socio-económica en el acceso a los servicios y tratamiento de la salud como un negocio más del capital (principalmente financiero y farmacéutico).

De otra parte, la fragilidad e insostenibilidad financiera es crónica. El sistema de salud nacional hace parte del mercado del aseguramiento, o sea que tiene como objetivo principal asegurar a la población contra riesgos de enfermedad. En Colombia, el aseguramiento de la atención en salud está casi por completo en manos de las EPS privadas, las cuales obtienen sus recursos monetarios de manera mixta, es decir, su capital financiero está compuesto por una riqueza privada e ingresos públicos (del Estado) y de la ciudadanía cotizantes. Además de ser intermediarias de los servicios de salud, estas Gestoras de servicios de salud (GSS) prestan otros servicios de reaseguros y medicina complementaria, asumiendo, a la vez, el riesgo del aseguramiento.

En esta lógica, el sistema de salud es gestionado e intermediado por el capital bancario a través de las privilegiadas EPS (1), con ganancias extraordinarias a costa de la baja calidad, denegación e insuficien-

cia en el servicio prestado a los usuarios “clientes”. Su posición dominante y monopólica en el mercado del aseguramiento de salud le permite reducir costos, imponer obstáculos insalvables para acceder a los servicios, no atender enfermedades preexistentes, minimizar los servicios, desapropiar entrega de medicamentos de alto precio y aumentar arbitraria y especulativamente las tarifas que cobran a los usuarios por encima del índice oficial de precios al consumidor -IPC- y del crecimiento promedio de la economía del país.

El poder oligopólico de las aseguradoras de salud les permite acumular y concentrar cada vez mayores dividendos. En el marco del sistema de aseguramiento y con el propósito de reducir costos, las EPS y las IPC precarizaron y flexibilizaron la contratación del recurso humano. El sector salud genera cerca de un millón de empleos directos, de estos al menos el 60 por ciento de trabajadores son contratados por prestación de servicios, es decir, no regulados por ningún derecho laboral. Además, el sistema de salud está subyugado a las prácticas de corrupción y clientelismo político. El déficit público-privado generado por el sistema de aseguramiento en salud se estima en \$10 billones (2).

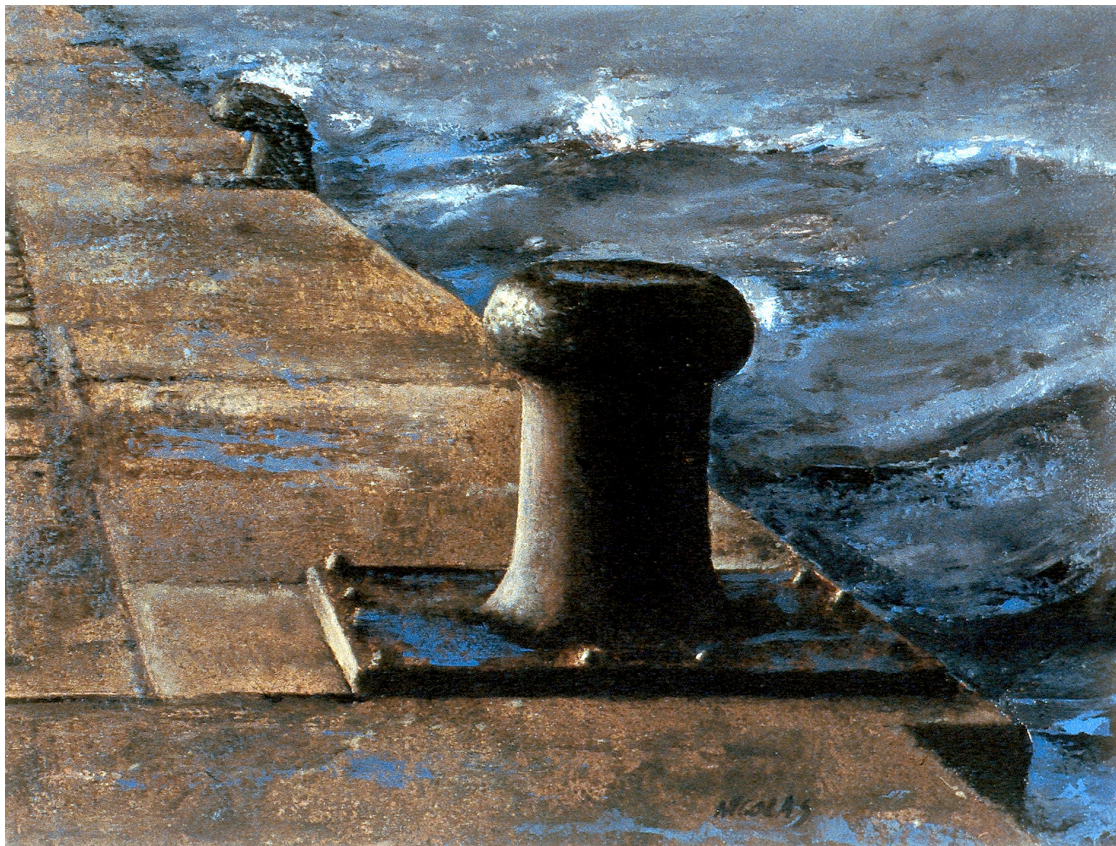
Con una indispensable aclaración: aseguramiento no es equivalente a salud. Consecuencia de la lógica rentista de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Sgsss) y su objetivo de maximizar la rentabilidad del negocio, lo cual impide a los individuos y la comunidad el disfrute de este derecho, el recurso que les queda a los simples ciu-

[...] el régimen subsidiado es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda.

dadanos para acceder a los servicios efectivos de salud es la tutela, mecanismo que tiene por objeto la protección de los derechos constitucionales fundamentales. En efecto, desde que la Corte Constitucional consideró por primera vez que la salud es un derecho humano fundamental (en la sentencia T-760 del 2008), los colombianos radican tutelas para reclamar acceso a servicios médicos. Según la Defensoría del Pueblo, este recurso legal para defender un derecho humano fundamental arroja números en creciente año tras año: en 2013 interpusieron 115.147 y en 2019 fueron 207.367, unas 568 cada día. Tres de cada diez de todas las tutelas presentadas en el país demandan el acceso a servicios médicos (ver recuadro, Lo reclamado).

La politiquería, el clientelismo, la corrupción y la mala administración campean libremente por el sistema de salud en varios frentes. El sector de la salud es uno de los más propensos a la corrupción. Por este sector pasa mucho dinero, alrededor de \$80 billones al año. En Colombia, el sector salud se financia en más del 75 por ciento con recursos públicos. Una causa de los problemas financieros que enfrenta el sector se debe a la constante de la corrupción, la misma que implica a las aseguradoras, pagadores, prestadores, profesionales, trabajadores, afiliados y pacientes.

La Asociación Nacional de Empresarios (Andi) midió en 2017 la percepción sobre el fenómeno de la



Nicolás de la Hoz, sin título (Cortesía del autor)

corrupción en Colombia. Los empresarios señalaron los sectores que, consideran, han sido los más afectados por la misma, tanto a nivel nacional como territorial. A nivel nacional 73,2 por ciento de los empresarios señaló que la salud es el sector más afectado.

Los debates en el Congreso sobre la crisis financiera del sistema de salud resaltan que al año se pierden alrededor del nueve (9) por ciento de los fondos asignados al sector, esto es, se pierden unos \$7,2 billones producto de la desviación del dinero público para el lucro privado. Varias de las aseguradoras (EPS) han resultado ser una estafa.

El caso más emblemático de las estafas en el sector de la salud es el de Saludcoop, una de las EPS más grande y poderosa del país que alcanzó a tener 7,5 millones de afiliados. Carlos Palacino, el 'zar' de Saludcoop, y otros 14 directivos de esta institución se robaron 1,4 billones de pesos, dinero que fue desviado de la salud entre 2002 y 2010. En menos de diez años, Carlos Palacino, un desconocido corredor de seguros, construyó la empresa más grande de la salud en Colombia; muchas de sus prácticas delictivas eran seguidas y copiadas por otras EPS, hospitales y empresas del sector por su forma de ahorrar costos, desfalcar al erario y ganar dinero. La meteórica carrera de este tolimense, que comenzó en 1975 como cobrador de seguros en La Equidad, terminó en 2011 cuando el gobierno decidió intervenir Saludcoop por desviar recursos de la salud. Es claro que Palacino y su equipo tuvieron el soporte de toda una red de empleados, contadores, revisores fiscales, funcionarios públicos, políticos, congresistas, asesores y abogados. En 2020, se completan nueve años de impunidad en el robo a Saludcoop; el fallo está aún pendiente: Palacino y sus cómplices exdirectivos de la EPS gozan de libertad y disfrutan el dinero robado. Falta más: durante la administración de Guillermo Grosso, interventor nombrado por la Superintendencia de Salud entre 2013 y 2015 para intentar recuperar recursos de Saludcoop, el saqueo de la entidad se agudizó; Grosso está preso por corrupción: la Contraloría General "pudo constatar en Saludcoop EPS en Intervención (hoy liquidada) un detrimento patrimonial por \$197.963 millones".

En este sentido, las conclusiones del foro "Retos frente al Control y Transparencia en el Sector Salud", organizado por la Universidad Central con el apoyo de la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral -Acemi, en marzo de 2017, permitió dar algunas respuestas a la pregunta ¿Por qué el sector

de la salud es tan propenso a la corrupción? Además del dinero a chorros que mueve, y que lo hace atractivo para empresarios, comerciantes, banqueros, políticos, abogados y otros se identificaron los siguientes factores: i) es un sector muy fragmentado, descentralizado, repartido en todos los municipios del país que crea deficiencias en su control; ii) es "opaco" tanto en información técnica como en información financiera; iii) como el sector, en su mayoría, se maneja con dineros públicos y a la gente le importa poco lo público, no hay respeto a los dineros públicos; iv) dificultades para vigilar y auditar al amplio y complejo sector (con 15.000 IPS, 40 EPS y 1.500 hospitales); v) falta de transparencia en los aspectos financiero, calidad, servicios, derechos y deberes; vi) falta de gobernanza, democratización y debilidad de los sistemas de información; vii) politización de la salud; viii) para las EPS es más rentable atender una enfermedad, en lugar de prevenirla; ix) los hospitales públicos tienden a convertirse en la caja menor de alcaldes y gobernadores.

Los hospitales y demás entes públicos de la salud históricamente han sido considerados botín para los gamonales, familias y mafias políticas regionales por su elevado presupuesto y empleos que pueden dar. Recientemente, los alcaldes y gobernadores nombraron para los próximos cuatro años a los gerentes que manejarán los cerca de mil hospitales públicos que tiene el país; en los estudios realizados por la veeduría pública, esos cargos se entregaron a personas relacionadas políticamente con ellos, con las familias que controlan el poder local o con los partidos políticos que los respaldan. En estos hospitales, el 80 por ciento de los empleos son contratos por prestación de servicios, a cortos períodos de tiempo, lo que les otorga un inmenso poder a los "caciques", alcaldes y gobernadores para manipular permanentemente la clientela política.

Recientemente, para atender las necesidades ocasionadas por la pandemia y enfrentar la quiebra del aparato productivo, la destrucción de puestos de trabajo y la pérdida de ingreso de los trabajadores informales, el gobierno recabó recursos adicionales por \$28,5 billones (equivalente al 2,5% del PIB) a través de los mecanismos de nueva deuda pública. Al sector salud, destinará recursos suplementarios por \$7,1 billones (equivalente al 0,6% del PIB) para financiar las pruebas de laboratorio, el fortalecimiento de las unidades de cuidado intensivo, la garantía de los insumos necesarios para prestar los servicios, pago de las

Lo reclamado

La mayoría de estas tutelas son por las barreras de acceso. El 64 por ciento reclaman derecho a servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS), un fenómeno que según la Defensoría del Pueblo sigue sin resolverse, principalmente por los obstáculos interpuestos por las EPS. Las barreras de acceso interpuestas por estas son mayores, dice este órgano constitucional, cuando se trata de diagnósticos por enfermedades crónicas y de alto costo, como de salud mental, hipertensión arterial y cáncer. En lo que a la salud corresponde lo primero que solicitan los colombianos en sus tutelas (con 73.267 reclamaciones) es la práctica oportuna de procedimientos médicos, como cirugías; le siguen la entrega oportuna de medicamentos, con 49.401 reclamos; el tratamiento integral de una enfermedad (48.649); la asignación de citas médicas (27.280) y el transporte o viáticos para poder recibir la atención en salud (24.884). Por lo menos en el 80 por ciento de todos los casos, los jueces conceden la tutela dándole razón a quien reclama su derecho a la salud.

deudas atrasadas contraídas con los trabajadores de la salud (\$460.000 millones adeudados a 23.000 personas) y compensación económica para los afiliados al régimen subsidiado. Adicionalmente, en medio de la pandemia que azota las finanzas públicas y privadas, la administración Duque decidió fortalecer las del Gobierno central con menoscabo de los departamentos y municipios del país: los recursos del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (Fonpet), que alcanzaban los \$2 billones, se los autoprestó el ministro de Hacienda Carrasquilla sin consultar a las entidades territoriales.

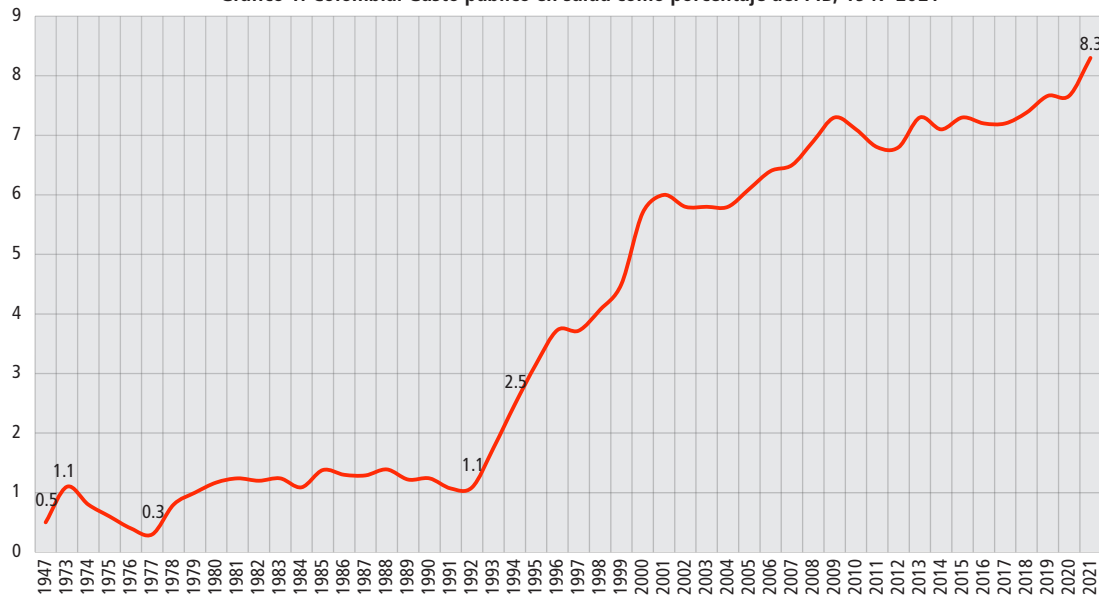
Un contraste histórico. Hasta principios de la década de 1990, el gasto público en salud fluctuó en torno a un escaso 1 por ciento del PIB. Tres generaciones atrás, en 1947, el mismo apenas alcanzaba al 0,5 por ciento. Con la reforma constitucional de 1991 el gasto social creció significativamente debido al incremento de las transferencias territoriales (situado fiscal y participaciones municipales) y por la reforma a la seguridad social. Desde entonces, la Ley 100 de 1993 es el marco normativo que rige en el país en materia de salud, riesgos laborales y pensiones. En este nuevo contexto, el gasto público en el sector aumentó su participación a 2,5 por ciento del PIB en 1994 y alcanzó 7,7 en 2020; para el año 2021, debido a las adiciones presupuestales para enfrentar las consecuencias de la pandemia, se estima que llegará a 8,3 del PIB (Gráfico 1).

El problemático presente

En estas condiciones, el sistema de salud se caracteriza actualmente por su enfoque universal de aseguramiento. En su implementación sigue orientándose a la atención curativa concentrada en la infraestructura hospitalaria, donde se asume una actitud remedial frente al proceso de la enfermedad de los individuos, con desmedro de actividades de prevención y promoción y ausencia de programas concretos de higiene y salubridad pública que institucionalicen la gestión de riesgos de manera estructurada y tengan como objetivo mantener sana a la población en el marco de una concepción moderna de salud, esto es, la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Las fuerzas e intereses que sustentan a los partidos políticos del establecimiento estimularon y permitieron privatizar el sistema de salud. En consecuencia, debilitaron casi hasta su extinción toda la institucionalidad e instrumentos de prevención de pandemias, desfinanciaron los centros de investigación adscritos al sector y los centros de control y monitoreo de enfermedades. Todo ello amparado en una Ley, la 100/93 impulsada por el entonces senador Álvaro Uribe Vélez, que dejó a un lado el derecho humano, universal al abarcarlo como negocio. La norma reglamentó todo el sistema de seguri- →

Gráfico 1. Colombia: Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 1947-2021



→ **dad social que rige al país en materia de salud. Si bien se reconoce que la misma ha cumplido con la universalidad y el cubrimiento de aseguramiento en salud, también es evidente que hay serios líos en calidad, prevención y sostenibilidad del sistema, factores decisivos en plena atención de la crisis de salud pública generados por el covid-19.**

La pandemia descorrió el último velo de un sistema abandonado al vértigo del lucro privado, la especulación del capital financiero y la corrupción de políticos y empresarios mercaderes de la vida, que enterró la estrategia de atención primaria en salud, fue incapaz de habérselas con otras enfermedades infecciosas como el dengue y el sarampión y ahora no

Distribución del presupuesto de salud, 2020

Los 31,8 billones de pesos están distribuidos en recursos para inversión (\$712 mil millones) y funcionamiento (\$31,1 billones). En inversión el Ministerio recibe casi el 90 por ciento (\$547 mil millones) del aporte de la Nación, y el restante se distribuye para las entidades adscritas como la Superintendencia Nacional de Salud (\$68 mil millones), Invima (\$67 mil millones), el Instituto Nacional de Salud (\$26 mil millones), Fondo de Previsión del Congreso (\$191 millones) y Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles (\$2.317 millones). Así mismo, para funcionamiento el Ministerio tiene presupuestados 30 billones de pesos. Con estos recursos se garantiza el aseguramiento en salud de los colombianos, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo (\$19,3 billones), también se girarán las transferencias que la Nación garantiza a las entidades territoriales a través del sistema general de participaciones para el régimen subsidiado, la salud pública y el subsidio a la oferta (\$10 billones). Igualmente, se atienden los proyectos orientados al mejoramiento de la red de urgencias, la atención de enfermedades catastróficas y las reclamaciones de accidentes de tránsito No Soat (\$371 mil millones), se incluyen recursos para el financiamiento de la ley de residentes y becas crédito (\$125 mil millones), y recursos para el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas—Papsivi (\$20 mil millones). A los programas de prevención, promoción y salud pública apenas se destina el 0,06 por ciento del presupuesto sectorial.

Tres momentos y 74 años de historia

La salud en Colombia, evolución de la arquitectura institucional, la cobertura y las finanzas

A lo largo de los últimos 74 años los cambios en el sistema de salud en Colombia son más cuantitativos, formales, organizativos y de gestión. El rápido y violento proceso de urbanización también generó cambios en los perfiles de morbilidad y mortalidad: surgieron desde finales del siglo XX, como grave problema de salud, las enfermedades del corazón, las cerebro-vasculares, el cáncer y aquellas asociadas a la violencia, el abuso del alcohol y el consumo de sustancias psicoactivas; además, de la expansión de toda la complejidad de trastornos mentales.

Primer momento: exclusión, caridad y beneficencia

La asignación de recursos presupuestales en 1947 deja ver la indigencia de la salud pública y las prioridades atendidas en aquella época (Cuadro 1), cuando la población sumaba 10,5 millones y el 63,6 por ciento habitaba en zonas rurales; la pobreza por ingresos afectaba al 85 por ciento; el índice de natalidad era de 33 por mil y el de mortalidad de 15,6 por mil. La vida probable para el colombiano medio era de 46,3 años, y una alta proporción de las muertes eran atribuidas a causas remediables por medio de controles conocidos: infecciones intestinales, fiebre tifoidea, disentería, paludismo y las enfermedades infecciosas agudas, como la tosferina y el sarampión. El número de camas disponibles en los hospitales era de 1,9 por cada mil habitantes, y los médicos sumaban 3.327 (76,3% generales y solo 15 eran especialistas en salud pública), esto es, 3 por cada 10.000 habitantes (dos terceras partes concentrados en las principales capitales de departamento).

En resumen, las enfermedades que afectaban a los conacionales a mediados del siglo XX hacían parte de una espiral creciente de pobreza, malnutrición, explotación laboral, ignorancia, elitismo, exclusión, debilidad institucional y carencias financieras del sistema de salud pública.

A lo largo de las tres últimas generaciones la institucionalidad y las políticas de salud se han transformado. Hasta principios de la década de 1990 el problema de la salud era crítico. El suministro de sus servicios operaba bajo una lógica estado-céntrica, asistencialista y de beneficencia. En general, el sistema de seguridad social adolecía de problemas de insuficiencia de recursos, limitada cobertura, iniquidad, baja calidad y poca pertinencia. Los diagnósticos evidenciaban una íntima conexión entre la salud pública y la organización social, cultural, económica y política que elevaban los riesgos de enfermar y morir tempranamente: el atraso del campo, el desplazamiento violento, el bajo nivel educativo, las desigualdades

Cuadro 1. Colombia: Presupuesto del Ministerio de Higiene, año fiscal 1947		
Item	1947 (Cop \$)	%
Administración	1.652.980	9,3
Campaña contra la bartonelosis (infección bacterial)	30.000	0,2
Campaña antipiánica (infección bacteriana tropical)	50.000	0,3
Lucha antipidémica y auxilio para catástrofes	50.000	0,3
Campaña antivenérea	80.000	0,4
Campaña contra los estupefacientes	20.000	0,1
Campaña antipalúdica	50.000	0,3
Tuberculosis	440.000	2,5
Cooperación con los departamentos y gobiernos locales	2.500.000	14,0
Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública	1.090.000	6,1
Sanidad portuaria	45.000	0,3
Protección materno-infantil (incluye sostenimiento hijos de leprosos)	1.365.120	7,7
Ingeniería sanitaria (construcción de instalaciones sanitarias)	3.334.360	18,7
Asistencia pública	3.301.794	18,5
Campaña contra la lepra	3.834.260	21,5
Total Ministerio de Higiene	17.843.514	100,0
Producto Nacional Bruto (PIB)	3.673.800.000	
% Pspto MinHigiene/PIB		0,5

y exclusiones sociales y regionales, el desarreglo urbano, los bajos ingresos, el desempleo, la delincuencia, la corrupción y el clientelismo político.

Segundo momento: nace el sistema nacional de salud

En 1975 se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS), un importante avance en el desarrollo sectorial, y entendido como el conjunto de organismos y entidades que tienen por finalidad procurar la salud de la población, mediante acciones de promoción, proyección, recuperación y rehabilitación. La arquitectura del Sistema tenía un diseño estado-céntrico. Estaba conformado por el Ministerio de salud pública (1), los servicios seccionales de salud establecidos en todos los departamentos y las unidades regionales localizadas en los hospitales de segundo nivel. El Ministerio del ramo, con funciones desconcentradas en los servicios seccionales, se hizo cargo de la administración y financiamiento de los hospitales de origen territorial y también de los de origen privado que dependían de fondos públicos. Estas entidades, nacionalizadas en la práctica, perdieron su autonomía. Los departamentos y municipios fueron exonerados de responsabilidades frente a la prestación de los servicios de salud, pero las administraciones departamentales mantuvieron la obligación de contribuir al financiamiento hospitalario con una porción de las rentas cedidas a su recaudo.

En resumen, el SNS se estableció como una organización centralizada estrictamente sectorial y, por ende, extraterritorial. Los servicios seccionales de salud fueron una instancia paralela a las administraciones departamentales y carentes de vínculos con las municipalidades; los directores seccionales de salud no eran responsables ante el gobernador, aunque en la práctica tampoco ante el Ministro. Además, los hospitales públicos eran "administrados" por los gobernantes territoriales, desconociendo cualquier principio de gerencia pública y con carencia de todo tipo de control y evaluación respecto a la calidad, eficiencia, resultados y transparencia en el manejo de los recursos de la salud. El Sistema estaba corroido por la ineficiencia, la politiquería, la corrupción y el clientelismo. El subsidio a la oferta fue una estrategia que no funcionó de manera adecuada e impidió el verdadero desarrollo del sector hospitalario público, que se limitaba a recibir el dinero sin hacer mayores esfuerzos por mejorar la tecnología, la calidad y la cobertura.

A principios de la década de 1980, un cuarto de la población estaba excluida de cualquier clase de asistencia en salud. El Ministerio correspondiente y los servicios seccionales prestaban asistencia al 50 por ciento de la población. El sector privado atendía otro 10 por ciento, orientado a cubrir las necesidades de salud de las familias ricas de las grandes ciudades. Otro 15 por ciento (trabajadores urbanos organizados y vinculados a los sectores mo-

dermos de la economía) estaba asistido por las instituciones de la Seguridad Social (Instituto de seguros sociales, Cajas de previsión social y Cajas de compensación familiar), bajo una modalidad más curativa que preventiva; este subsector tenía como fuente de recursos los aportes obrero-patronales y estaban regulados por el Ministerio de trabajo y seguridad social.

Hasta principios de la década de 1980 las fuentes de financiación de la salud pública eran múltiples, complejas e inestables. Los recursos provenían del nivel nacional, las loterías y beneficencias, del impuesto a los licores, de todo tipo de las apuestas y juegos y de las rentas de destinación específicas del Icbf. Los recursos apropiados para el sector salud venían decreciendo desde mediados de la década de 1970 en relación al presupuesto nacional, pasando de 9,5 por ciento en 1976 a menos del 7 por ciento en 1982. En general, el recaudo de los distintos recursos y su transferencia eran engorrosos y no siempre obedecían a factores de equidad ni contribuían a la eficacia del gasto. La falta de oportunidad se traducía en estados crónicos de déficit presupuestal. En estas condiciones, la ciudadanía no tenía ninguna confianza en la salud pública. Así pues, no solamente había escasez de fondos para garantizar una mayor cobertura de la población, sino ineficiencia, clientelismo y corrupción en la estructura de las finanzas del sector público de la salud (2). En general, el gasto público en salud estuvo correlacionado con los ciclos del gasto social, dependiente, a la par de la dinámica económica. En las décadas de 1970 y 1980, el gasto social per cápita registró tres sensibles caídas: entre 1975 y 1976 por efecto de la crisis del capitalismo global y las políticas de reducción del tamaño del Estado; entre 1984 y 1986 como efecto del ajuste macroeconómico y fiscal de estos años; y, finalmente entre 1989 y 1990 como consecuencia de la recesión económica. Hasta 1991, Colombia registró un gasto social en proporción al PIB por debajo del promedio latinoamericano que era de 9 por ciento. Hasta la década de 1970 el gasto público en salud apenas fue del 0,6 por ciento del PIB en promedio; durante los años 1980-1992 subió ligeramente a 1,2 (Gráfico 1).

En 1987 se inició el proceso de descentralización de la institucionalidad de la salud. Los alcaldes (elegidos en 1986 por primera vez por voto directo) ahora tuvieron la capacidad de gestión para los servicios de salud y los municipios comenzaron a recibir recursos del nivel central para financiar las inversiones en infraestructura física de este sector. Aunque el mismo se resistía a descentralizarse, la necesidad de revisar el enfoque curativo e intrahospitalario, para incorporar una perspectiva de salud pública

está preparado para lo que viene: el pico epidemiológico y la saturación de un sistema de salud ya frágil e insuficiente. De esta manera, con el enfoque de aseguramiento privado el Estado renunció a garantizar el derecho ciudadano a la salud para entregar el servicio a negociantes sin escrúpulos. El debate que de allí surge sugiere que la Ley 100 tiene que desaparecer, dado el enfoque neoliberal de la enfermedad que convirtió la salud en mercancía, la completa financiarización del sector y la innecesaria intermediación de las EPS en el control del aseguramiento y el manejo de los recursos financieros.

Es por ello que en procura de fortalecer el sector salud, el problema no se reduce a inyectarle más dinero, pues el mismo es absorbido –como en un “agujero negro”–, dado el alto porcentaje de ganancias extraordinarias que genera la intermediación del capital financiero, las estafas, robos y prácticas corruptas y clientelistas que medran a la sombra de un derecho transformado en negocio.

Cosmovisiones y formas de vida enfrentadas

En 2013 dos proyectos de ley fueron llevados al Congreso de la República, uno de ley estatutaria con principios básicos fundamentales que fue aprobado en la corporación, así como uno de ley ordinaria que se quedó en tercer debate.

Respecto al segundo proyecto, según el presidente Santos, la Ley presentada por su gobierno buscaba

evitar el colapso financiero del sistema de salud. Sin embargo, los trabajadores de la salud salieron en octubre de 2013 a las calles en diferentes lugares del país, para denunciar la crisis del sector y manifestar su rechazo a la reforma presentada por el Gobierno porque consideraron que empeoraría la situación. El movimiento ciudadano “Por una salud digna en Colombia” articuló la protesta con la bandera de que el país necesita un modelo de salud “que elimine la intermediación y que favorezca el interés de los colombianos y de los trabajadores del sector salud”. En general, los trabajadores del sector consideraban que el Gobierno debía reformar la Ley 100/93, que creó el sistema de seguridad social integral pero transfirió los servicios de atención médica a las EPS. Además, denunciaron que con la Ley 100 las EPS se convirtieron en monopolizadoras de los servicios de salud, algunas de las cuales quedaron involucradas en escándalos financieros por estafas y desfalcos al sistema sanitario. En resumen, el proyecto presentado por el gobierno Santos al Congreso incluía la reforma de la Ley 100 pero en vez de corregir el modelo vigente lo profundizaba, según las asociaciones médicas.

La Ley Estatutaria que considera a la salud como un derecho fundamental, inicialmente presentada por el gremio de las asociaciones médicas, fue finalmente aprobada por el Congreso de la República. La Ley 1751 de 2015 mejor conocida como Ley Estatutaria en salud, trae diferentes beneficios para los usua-

rios, uno de ellos es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, es decir, a nadie le pueden negar el acceso a este servicio y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad. La sostenibilidad fiscal del sistema es uno de los puntos clave dentro de la Ley 1751 de 2015; de acuerdo con esta, los problemas financieros no pueden ser una causal de impedimento para prestar eficiente y oportunamente el servicio. Por eso, el Ministerio de Salud debe divulgar anualmente las evaluaciones sobre resultados de goce efectivo para los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad. A partir de esos resultados se deberán diseñar e implementar políticas públicas tendientes a garantizar la sostenibilidad financiera y a mejorar las condiciones del servicio de salud.

No obstante, pasado un lustro, según los analistas, actualmente las EPS deben a los hospitales alrededor de 38 billones de pesos. Algunos de ellos atribuyen la inoperancia del sistema a la falta de recursos; otros, a la corrupción y el clientelismo político; pero sin duda, uno de los mayores obstáculos para que los recursos lleguen a los destinatarios –que son los prestadores del servicio, llámense hospitales o clínicas– es la intermediación por parte de las EPS, las barreras administrativas puestas por estas y el continuo saqueo de los fondos de la salud por parte del capital financiero y las mafias políticas.

Recordemos que los recursos asignados al sector crecieron significativamente con la puesta en marcha de la Constitución de 1991 (Gráfico 1). Recientemente, en promedio, la proporción de los recursos destinados del presupuesto General de la Nación al sector salud ha sido de 9 por ciento desde 2012, año en el que se dividieron los ministerios de Trabajo y Salud. Dicho rubro se ha incrementado, también en promedio y durante el mismo periodo, alrededor de 14 por ciento año a año. Sin embargo, la cifra no siempre ha sido positiva ni el comportamiento ascendente, pues entre 2016 y 2017, por ejemplo, la variación fue de negativa, esto es, de menos 2,2 por ciento. No obstante, el presupuesto sigue presentando una tendencia creciente, ya que entre 2017 y 2020 pasó de 23,3 a 31,8 billones de pesos (ver diagrama).

Es importante traer a la memoria que los servicios de salud en el país no son financiados exclusivamente por la Nación, pues desde la entrada en vigencia de la Ley 100/93, el sistema se privatizó, por lo que se creó el régimen contributivo y subsidiado: el primero acoge el 48,1 por ciento de los afiliados: los trabajadores hacen una contribución mensual que se descuenta del salario y se complementa con el pago que efectúa el empleador. Mientras que el segundo acoge al otro 51,9 por ciento de los usuarios, el Estado es el que paga con recursos que salen del Presupuesto General, el Sistema General de Participaciones y algunos impuestos recaudados por las entidades territoriales, como es el caso del consumo de cigarrillo, alcohol y juegos de azar. Esto quiere decir que el Presupuesto se enfoca en un poco más de la mitad de los afiliados, que son los subsidiados.

La Corte Constitucional dictaminó en 2008 que los planes de beneficios ofrecidos por cada sistema tendrían que ser los mismos, a pesar que el plan del gobierno tenía menos dinero.

La Nación mantiene una deuda con el sector privado que puede ser de entre \$7 y 8 billones, por los tratamientos y medicamentos que están por fuera del Plan Básico de Salud (PBS, antes llamado POS) que se empezó a pagar con títulos TES, pero en 2017 se agotaron, por lo que la deuda creció, la misma que busca pagar el gobierno Duque con la Ley de Punto Final (3).

El Plan Nacional de Desarrollo de la administración Duque (2019-2022) priorizó la salud como uno de los factores más relevantes para construir equidad, por eso arrancó el 2020 con un presupuesto de 31.8 billones de pesos. Este presupuesto tuvo un incremento de 8,1 por ciento respecto a los 29.5 bi- →

Cuadro 2. Colombia: Personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, por regímenes (miles, participación %). Total nacional y áreas, 2018

Total nacional y área	Total personas	Afiliación						Régimen de afiliación					
		Afiliados		No afiliados		No informa		Contributivo		Subsidiado		No informa	
		Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Total	49.987	46.747	93,5	3.075	6,2	166	0,3	22.498	48,1	24.153	51,7	96	0,2
Cabecera	38.449	35.921	93,4	2.400	6,2	128	0,3	20.804	57,9	15.040	41,9	77	0,2
Centros poblados y rural disperso	11.538	10.826	93,8	675	5,8	38	0,3	1.694	15,6	9.113	84,2	19	0,2

integral y multisectorial, basada en el control colectivo de los factores de riesgo y las actividades extramurales, constituía una fuerza dominante que se venía canalizando desde 1988 alrededor del movimiento de creación de sistemas locales de salud –Silos– impulsados por la organización Panamericana de la Salud.

Colombia finalizó el año 1990 con una población de 34.125.000 habitantes, el 69 por ciento en pobreza por ingresos insuficientes y la tasa de desempleo abierto era de 10,5 por ciento. A principios de la década de 1990, el Seguro Social cubría con servicios de salud a 10,2 por ciento de la población, con ineficientes y altos costos de funcionamiento. Había un aseguramiento de la burocracia y las Fuerzas Armadas en Cajanal, estos representaban el 4,8 por ciento de la población. Los colombianos de mayores ingresos, no más del 16 por ciento, pagaban una medicina privada, oportuna y de calidad. Los pobres, el 69 por ciento, debían someterse, cuando tenían “suerte” de acceder a algún servicio de salud, a la caridad y a la beneficencia.

En 1990 tomó cuerpo una reforma sectorial que buscó descentralizar ya no sólo la inversión sino parte de la dirección y el control sobre los servicios de salud y planteó que el nivel nacional debería asumir exclusivamente las funciones de dirección, asesoría y control. En consecuencia, asignó a los municipios la responsabilidad de la prestación y funcionamiento del primer nivel de atención en salud, y a los departamentos la responsabilidad correspondiente al segundo y tercer nivel. Los planteamientos básicos de la reforma de 1990 fueron incorporados en la Constitución de 1991, estableciendo así las bases del nuevo sistema de salud. De esta manera se estableció un sistema universal de seguridad social en salud, compatible con el ordenamiento descentralizado previsto por la misma Carta Política.

Tercer momento: el sistema de aseguramiento de salud

La Ley 100 concibió la salud como negocio y no como derecho. El nuevo sistema fue diseñado y reglamentado en 1993 y su implantación se inició en 1994 (3). El financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud abarcó dos fuentes principales: los recursos provenientes de los impuestos de la nación y por otra parte los recursos de los aportantes y cotizantes del Régimen Contributivo. En Colombia, el sistema de aseguramiento en salud quedó bajo la hegemonía de las EPS privadas. Para cumplir con sus responsabilidades las EPS deberían conformar una red de servicios para lo cual cualquier entidad promotora de salud podía contratar a clínicas y hospitales (IPS) de forma independiente y autónoma o garantizar el acceso a los servicios con su propia red en lo que se denomina integración vertical. En paralelo, la Ley 100 debilitó a los hospitales públicos. Las EPS actúan en los dos regímenes de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud: el régimen contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo fue creado por medio de la Ley 100/93 como un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de

una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (4). Por su parte, el régimen subsidiado es aquel en que se encuentran las personas sin capacidad de cotizar al Sistema por lo cual el Estado les proporciona los medios para su afiliación mediante los subsidios a la demanda. Además de estos dos regímenes, se encuentran en un tercero, bajo la denominación de vinculados o población de bajos recursos no asegurada –Ppna; su atención médica se realiza a través de contratos de prestación de servicios entre los entes territoriales y las Empresas Sociales del Estado –ESE.

En paralelo al desarrollo del sistema, la totalidad de los hospitales públicos tuvieron que transformarse en ESE, las que constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa que deben garantizar la rentabilidad social y financiera de la empresa social.

En 1993 había ocho millones de personas afiliadas al sistema general de seguridad social en salud, esto es, 24,3 por ciento de la población total, y para 1997 los afiliados ya sumaban 23 millones, esto es, 57 por ciento de la población colombiana. Al finalizar la década de 1990 el proceso de descentralización no había logrado consolidarse debido a la insuficiente voluntad política departamental y municipal, a la falta de claridad en cuanto a las competencias de los distintos niveles, y a la concepción centralizada del flujo de recursos que aún persistía en el sistema. De acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida, tramitada por el Dane, en 2018 estaban afiliados 46,8 millones de personas al sistema general de seguridad social en salud, esto es 93,5 por ciento de la población total. Por régimen de afiliación, el 48,1 por ciento pertenecía al contributivo y el 51,7 al subsidiado. (Cuadro 2). Si bien, a la Ley 100 le reconocen cobertura y universalidad, ésta no abarca del todo la zona rural y hay carencia de hospitales en esas zonas y en los barrios donde se concentra la miseria urbana. Hay aseguramiento pero no prestadores de los servicios de salud. ■

1. En 1953 pasó a llamarse Ministerio de Salud, abandonando su denominación inicial de Ministerio de Higiene, según la Ley 27 de 1946 que lo creó.

2. Plan Nacional de Desarrollo “Cambio con equidad”, 1983-1986. DNP, Bogotá, 1983, pp. 255-265.

3. DNP, Unidad de desarrollo social. Sistema de Indicadores Sociodemográficos para Colombia. Gasto social 1980-1997. Boletín 21, junio de 1999, Colombia, p.p. 31-32

4. En el sistema de salud colombiano las personas con capacidad de pago deben estar afiliadas a una EPS y pagar periódicamente por el servicio de salud que estas presten. Las personas son atendidas por personal médico en instituciones prestadoras de salud (IPS), que son los centros asistenciales, y estos hacen los cobros de sus servicios brindados a las EPS.

ESTRUCTURA DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

FINANCIACIÓN DE CADA MODALIDAD

1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
Fuente

12% del salario de cada trabajador se envía a la Adres

2 RÉGIMEN SUBSIDIADO
Fuente

Presupuesto nacional + Sistema General de Participaciones + Impuestos recaudados por entidades territoriales (Ejm: consumo de cigarrillo, licor y juegos de azar)

RADIOGRAFÍA DEL SISTEMA EN 2019

- En 2019 hubo **43 millones** de afiliados a los servicios de salud
- Aproximadamente **50%** de los afiliados estaba registrado en el régimen subsidiado y el otro **50%** en el contributivo
- Se giraron **\$50,5 billones**
- \$46,42 billones** se pagaron a las EPS por el servicio que debe prestar
- \$4,15 billones** se pagaron por servicios y medicamentos que están por fuera del Plan Básico de Salud (PBS) antes POS
- Esto fue **31,1% más alto** que en 2018 y la suma más alta de la historia

HISTÓRICO PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN Y RECURSOS PARA LA SALUD

Total (Cifras en billones)

*Proyección según borrador del presupuesto



Fuente: Sondeo LR Gráfico: LR-GR

→ Ilones de pesos del 2019. Con esa cifra, el sector salud se convirtió en uno de los de mayores recursos.

La salud, derecho humano fundamental universal e irrenunciable

La pandemia y la crisis económica en desarrollo han permitido reconocer la importancia de la estructura estatal en la economía y en la construcción de un genuino Estado de bienestar, garantista de los derechos humanos universales y de la democracia participativa. La primera lección que dejan los 27 años de hegemonía de la Ley 100 es clara: el libre mercado no tiene cómo responder en los momentos de crisis. Debemos aprovechar la presente para crear un nuevo pacto social con base en la dignidad humana y la democracia participativa.

La salud se ha transformado durante el último siglo dejando de ser un sector férreamente estratificado, excluyente de la mayor parte de la población, asistencial, caritativo y de beneficencia, para considerarse un derecho humano fundamental universal e irrenunciable, bajo la dirección, regulación y control del Estado. En Colombia, este es el sentido y significado de la Ley Estatutaria promulgada en 2015, sin que aún se implemente por las rémoras colocadas por la clase dirigente y, en particular, los respectivos ministros del ramo que han impedido su reglamentación.

Históricamente, la arquitectura del sistema de salud en Colombia ha basculado entre el estadocentrismo

trismo y el mercadocentrismo; entre los subsidios a la oferta y los subsidios a la demanda; entre el centralismo y la descentralización; entre el acceso a los servicios y la simple carnetización del aseguramiento; entre la caridad y la beneficencia, de un lado, y los derechos humanos universales, de otra. Al sector de la salud lo caracteriza una insuficiente participación de los trabajadores, la comunidad y, en general de la ciudadanía, en el diseño, gestión y veeduría de los servicios y manejo de los recursos financieros, sumado a actitudes refractarias y de poca habilidad para este proceso por parte de las instituciones de salud y la tecnocracia estatal. Es el momento para la democracia radical participativa, esto es, un modelo de salud sociocéntrico fundamentado en la dignidad, base de todo derecho humano universal. ■

1. Las personas se afilian a las EPS para luego ser atendidas en IPS (clínicas y hospitales).
2. La no conciliación de las deudas es uno de los principales problemas del sistema de salud colombiano. Para el año 2019, según el ministro de Salud de la época, Juan Pablo Uribe, el gasto en servicios No PBS del régimen contributivo, que es una deuda de la Nación con las EPS, se estimaba entre \$3 y \$5 billones; y el del régimen no subsidiado de los departamentos en \$2 billones. Además, las acumuladas entre las EPS y los hospitales se acercaban a \$9 billones y, adicionalmente, las IPS también tenían otras con proveedores que no estaban dimensionadas. En total, el déficit del sector para el año 2019 se estimaba en \$10 billones.
3. La Ley de Punto Final es un paquete de medidas para hacer más

El examen de la Oede sobre el sistema de salud colombiano

Al finalizar el mes de abril de 2020, Colombia se convirtió de manera formal en miembro de la Organización para el Desarrollo y Crecimiento Económico (Oede), siendo el país número 37 en ser parte de la Organización en sus 60 años de historia. Junto con México y Chile es el tercer país de América Latina y el Caribe en ser aceptado en su seno.

El estudio realizado por la Oede sobre la realidad de este sector en Colombia —para evaluar su ingreso a este organismo— señala que el país ha mejorado significativamente su sistema de salud durante las últimas décadas, logrando incrementos en la expectativa de vida (de 62,2 años en 1970 a 77 años en 2018) y reducciones en la mortalidad infantil (bajó desde 40 muertes por 1.000 nacidos vivos en 1970 hasta 13,2 en 2018). Además, la cobertura de aseguramiento en salud se cuadruplicó desde 23,5 por ciento de la población en 1993 hasta 95,9 en 2020.

Colombia es el socio pobre en un club de países ricos. Su gasto en salud como porcentaje del PIB es de 7,7 por ciento, en tanto los socios más adinerados destinan más del 10 por ciento (en Estados Unidos la proporción porcentual es de 16,9). El gasto en salud por persona en el país es de US\$960 y el promedio de la Oede supera los US\$4.000. Colombia cuenta con apenas 1,7 camas hospitalarias por cada mil habitantes frente a un promedio de 4,7 en la Oede. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que los sistemas de salud de países de ingresos medios/bajos deben tener mínimo 25 médicos por cada 10 mil habitantes; Colombia tiene una proporción de 15 médicos generales; el promedio de la Oede es 12,7.

El incremento progresivo de los costos en salud es un problema mundial debido al aumento de la expectativa de vida y las enfermedades crónicas, y al avance de la tecnología. En los próximos 10 años, según pronósticos de la Oede, el gasto sanitario per cápita aumentará a una tasa promedio anual del 2,7 por ciento y alcanzará el 10,2 por ciento del PIB en 2030, frente al 8,8 por ciento en 2018.

Según el informe de este "club", para mantener el objetivo de proveer un servicio de salud universal y de alta calidad, ahora Colombia debe enfocarse en mejorar la eficiencia y la calidad, así como fortalecer la sostenibilidad financiera del sistema.

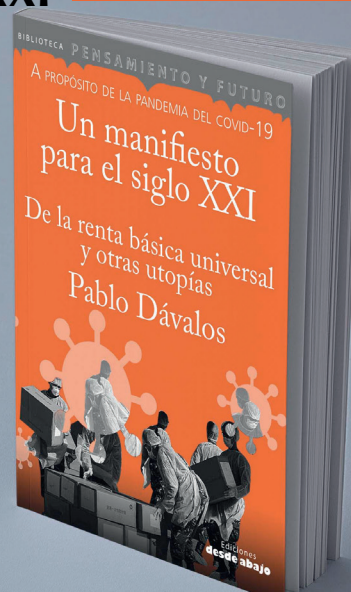
eficiente el gasto en salud, con las que se busca sanear diferencias y deudas históricas entre los agentes del sector, garantizando el financiamiento del sistema y generando mayor liquidez. En el contexto del régimen contributivo, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud —Adres— adelantará un proceso de auditoría y pago, de una posible deuda de \$5,2 billones asociada a los servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen contributivo. En el régimen subsidiado, el saneamiento implicará pagos por aproximadamente \$1,5 billones, donde la Nación cofinanciará el esfuerzo territorial para así lograr el saneamiento definitivo asociado a los servicios y tecnologías no financiados con la UPC del régimen subsidiado. El Gobierno Nacional pretende disponer de una nueva fuente de recursos que no compita con los corrientes que se necesitan para el funcionamiento del sistema de salud. En el Plan Nacional de Desarrollo se habilitó al Ministerio de Hacienda para realizar operaciones de crédito que financien el saneamiento.

*Economista y filósofo. Integrante del comité editorial de los periódicos *Le Monde diplomatique*, edición Colombia, y *desdeabajo*.

Pablo Dávalos | Un Manifiesto para el siglo XXI



¿Qué mundo emergerá luego de la pandemia del virus covid-19? ¿Cuáles pudieran ser sus contornos? Para intuir aquel mundo que pueda ser, es conveniente inclinarse sobre el que hemos construido hasta ahora. En las últimas décadas, nuestra realidad se define desde una sola razón dominante: el neoliberalismo. Sus efectos son innegables. Las sociedades son cada vez más injustas, más desiguales y más violentas. Se conjugan dentro de una misma dinámica contradictoria de inteligencia artificial, productividad y políticas de austeridad, manejo corporativo del Estado, y poderes políticos y económicos con capacidad de control social a través del Big-data.



Formato: 17 x 24 cm
158 páginas
(disponible a partir del 25 de junio)