

La seguridad social es uno de los aspectos más importantes en un Estado Social de Derecho. Y precisamente la Constitución Nacional de 1991 cambió la concepción asistencialista de la constitución de 1886 para pasar a un modelo en donde la seguridad social debe convertirse en un derecho.

Si uno mira nuestro ordenamiento jurídico, observa que existen los derechos fundamentales, es decir los que son esenciales en la construcción de dignidad del ser. Y cuando uno va a la Constitución Nacional, observa que esos derechos fundamentales están dentro de un determinado capítulo y que van hasta el artículo 40. Pero los derechos de la Seguridad Social están en los artículos 48 y 49. Entonces, parece que en principio no se consideran fundamentales. Sin embargo, la Corte Constitucional ha intentado llenar esas falencias a partir de sentencias que dicen que por ser la salud un instrumento que garantiza la vida de las personas debe ser considerado como derecho fundamental.

La salud en Colombia

La ley 100 de 1993 –hay que decir que su autor intelectual es el actual presidente Uribe y hay que decirlo así porque necesitamos comprender a partir de ello lo que está pasando en el congreso con las reformas que vienen en el tema de la salud-. Bueno esta ley adoptó un sistema en salud que se llama de aseguramiento. La concepción del aseguramiento en salud es proteger los riesgos en salud de una población a través del pago a una aseguradora de una determinada cantidad de plata; esas aseguradoras se llaman EPS, empresas promotoras de salud, y ARS, administradores del régimen subsidiado. Usted va a una de las dos de acuerdo con el régimen al que pertenezca y le dice: usted va a velar por el riesgo de mis enfermedades; y ya sea por el régimen contributivo o el subsidiado, paga un UPC, unidad por capitación. Y con eso es que las EPS y las ARS deben hacer prevención, promoción y restablecimiento de la salud cuando la persona se enferma.

Aparentemente el modelo podría ser bueno. Pero en Colombia, el sistema de aseguramiento nació pervertido porque le dice a las aseguradoras: señora EPS o ARS, coja las UPC de todos los afiliados, préstelos salud con esa plata a ellos y lo que le sobra échesele a su bolsillo como ganancia. Entonces si yo soy EPS o ARS en un sistema capitalista, pues lo que busco es ganancia; y esta búsqueda crea una feroz competencia intercapitalista entre las instituciones de salud por apoderarse del mercado. El problema es que la única forma de obtener mayor tasa de ganancia es desmejorando el servicio de salud, es a costa de los usuarios, es gastando menos de las upc para pagar servicios. A todos les consta cómo lo hacen: cuando el paciente requiere servicio médico lo bailan para todo lado, no le dan la cita a tiempo.

Yo creo que las EPS instruyen a los empleados para que lleven al desespero a los pacientes y no usen los servicios; cuando la persona llega al médico, éste ya tiene claro que no va a durar más de quince minutos, tiempo en el cual hace una revisión superficial, y cuando es bueno y quiere hacer un buen diagnóstico recuerda que sus jefes le han ordenado no formular exámenes, ni medicamentos, y en esa medida hasta se les ofrece premios; si el médico actúa con ética y ordena exámenes, lo más seguro es que lo despidan. Por eso el médico viene perdiendo autonomía y al perderla pierde su ética médica, por eso lo único que formula es acetaminofen y dolex y otras bobadas.

La medicación en muchos casos no se les da a los pacientes. De acuerdo con los cuadros estadísticos de la Defensoría del Pueblo, en el año 2003 casi a quinientos mil pacientes que fueron a las EPS les formularon medicamentos, pero no les dieron su droga; esos pacientes o estuvieron expuestos a la muerte o se le empeoró su situación de salud. A otros pacientes les dan la droga incompleta, o tardíamente, seguro esperaron a que su sistema inmunológico actúe sanándolos o empeorando el cuadro médico inicial. ¿Todo esto qué genera? Política de contención de costos para obtener más ganancias. ¿Qué más encuentra uno? Que la ley 100 del 93 crea copagos, periodos de carencia y cuotas moderadoras, con lo que impide el principio de accesibilidad; es decir, mucha gente ni siquiera puede llegar a una consulta médica. Estas son barreras de acceso con las que sigo reduciendo costos.

La Universalidad y la Equidad

Estos son problemas que tienen que ver con la calidad del servicio. Pero existen dos mayores problemas que son la falta de universalidad y de equidad. Uno dice que todos los colombianos deberían tener garantizado el derecho a la salud, porque todos los seres humanos tenemos la contingencia de la enfermedad y está en riesgo la salud y la vida. ¿Qué pasa en Colombia en materia de universalidad? Según las estadísticas del gobierno, tenemos 13 millones 200 mil colombianos que no están asegurados en salud, no están en régimen subsidiado ni contributivo. El gobierno o la ley los llamó vinculados, cuando en realidad están desvinculados, algo eufemístico. En mis estadísticas de 2005 existen 19 millones 800 mil colombianos por fuera de la salud; casi el 50% de la población, algo muy grave. No hay entonces universalidad en un derecho en el que todos deberíamos estar cubiertos en salud. Y no reaccionamos porque nos han dañado el valor de la solidaridad; el modelo neoliberal nos dijo compitan, resuelva usted su problema y que el otro haga lo propio. Pero lo que necesitamos es movilizarnos por estos importantes derechos, así sea un solo colombiano el que carezca de salud.

El segundo gran problema es la falta de equidad. Tenemos en Colombia un grupo de gente que tiene en el régimen contributivo con un POS (Plan

Obligatorio de Salud) y adicionalmente medicina prepagada. Y en cambio hay un segundo paquete que solo tienen el POS del contributivo; un tercer paquete que tienen el subsidiado pleno, que es la mitad del contributivo; y existe un cuarto grupo que es el de los subsidios parciales, una figura que se inventó Uribe: estos solo reciben un cuarto del pos; un quinto grupo es el de los “vinculados”, que no tienen nada. Bueno, también hay un sexto grupo que es la elite; estos ni siquiera reciben los servicios de salud en el país sino en el exterior. Todos deberíamos recibir por lo menos el segundo paquete. Esto se llama desigualdad, inequidad.

No es cuestión de recursos

La ley 100 había prometido que el 31 de diciembre del 2000 todos estaríamos cubiertos. ¿Entonces qué pasa?, ¿hace falta plata? No. Cualquier legislador diría: busquemos plata para darle a todos lo mismo, pero increíblemente el problema no es la plata. Lo que pasa es que el gobierno, desde el punto de vista financiero, no cumple con su obligación del “par y paso”. En el régimen contributivo, en donde están los pensionados, los independientes, los trabajadores, los que pueden pagar la contribución, se debe sacar el 1% de solidaridad para cubrir a los que no lo pueden hacer, a los del régimen subsidiado; es decir, los trabajadores están subsidiando a los que no tienen forma de contribuir. El par y paso lo que dice es que por cada peso que salga de los contribuyentes para el régimen subsidiado, el gobierno pondrá un peso. Pero el gobierno no está cumpliendo con ese peso, apenas con un cuarto.

Lo primero es que el gobierno debería cumplir la ley. ¿Qué pasa entonces con el resto? Esa plata que debería invertirse en salud el gobierno la está llevando al sistema financiero, a los bancos para prestárselo a los ricos; es decir, los bancos hacen negocio con la plata de la salud. Imagínense que lo que el gobierno ha desviado de los recursos de salud hacia el sistema financiero iba en 2.1 billones de pesos, según datos de la Contraloría. Yo le hice un debate al gobierno y lo amenacé con denunciarlo penalmente por apropiación indebida de los recursos de salud y el gobierno se comprometió, no a pagar los 2.1 billones, sino a que en adelante respetaría la ley. Mi sorpresa fue que en otro debate, el contralor informó que ya no eran 2.1 billones, sino 3.6 billones de pesos; lo peor es que el gobierno le debe además plata a los hospitales públicos, 1.4 billones de pesos. Entonces ¿por qué el gobierno no paga? Porque lamentablemente en este régimen el sector privado es el que manda. En el gobierno están los dueños de las EPS y de las ARS. No le pagan a los hospitales públicos porque los quieren quebrar para dejarle este negocio al sector privado.

Entonces tenemos elementos de desfinanciación como son: el incumplimiento del par y paso, los excedentes del Focypa, la elusión, la evasión; hay muchos patronos que no afilian a sus empleados y esto es patrocinado por el gobierno a través de las leyes que deslaboralizan; otros cotizan menos, perjudicando el fondo que alimenta las finanzas de la salud. Lo que era una relación laboral ahora no lo es, los contratos de prestación de servicios y otros como las cooperativas de trabajo asociado no responden por la salud. Se disfraza la intermediación laboral y lamentablemente hay hasta dirigentes sindicales que se han prestado para crear estas cooperativas que sobre explotan. El gobierno termina enseñando a los empresarios y a la sociedad a evadir y a eludir sus responsabilidades financieras y fiscales con la salud.

En mis investigaciones del año pasado encontré que en Colombia tenemos 18 billones de pesos para salud. Vamos a hacer un ejemplo y dividamos estos 18 billones en 44 millones de colombianos; eso nos da 400 mil pesos por persona, y la UPC del régimen contributivo está en 360 mil pesos, más o menos. Esto quiere decir que podríamos cubrir a todos los colombianos con el POS, pero que la plata está refundida, está en manos privadas; la plata del régimen subsidiado se la roban los congresistas y otros corruptos y los paramilitares; sin hablar de la plata que no llega del chance y la lotería, entre otros. Pero con esta plata que tenemos podríamos dar universalidad y equidad, dos grandes males de la salud en Colombia.

Todavía hay más

Reitero tres grandes males: falta de universalidad, equidad y calidad en el servicio. Pero tenemos más: la integración vertical. ¿Qué es eso? Sabemos que existen EPS y ARS, y hay otras que son prestadoras de servicios de salud: Las IPS. Las primeras deben contratar la prestación del servicio con las IPS. Pero estas, con la plata de la salud, que era para diagnóstico y salud en general, más bien se pusieron a construir grandes edificaciones que son IPS administradoras. Estas IPS se crearon para contratar con ellas mismas, es decir yo con yo. Integración vertical es que una EPS construye su propia IPS y no contrata con las que ya existían; es decir, no permiten que la plata se salga por ningún lado, garantizando un pobre servicio. La cosa va a empeorar, porque estas mismas EPS y ARS están pensando en crear universidades para formar a profesionales de la salud en los principios y valores de ellos, del mal servicio.

Sin Prevención ni Promoción

Otro problema es el estado de la red pública hospitalaria, porque a ella le dejaron los huesitos, mientras que a las EPS y a las ARS del sector privado les dejaron la carne pulpita. Adicionalmente, al sector público el gobierno no le

paga a tiempo o simplemente no le paga, mientras que al sector privado sí. Otros problemas, desde el punto de vista estricto de la salud, es el epidemiológico. El 80% de nuestras municipalidades no tienen agua potable, no hay saneamiento ambiental. Y en estos días, en el diario El Tiempo, el gobierno decía que podemos aguantar mayores niveles de contaminación. No hay suficientes vacunas, ni programas de prevención. Estamos en un desastre terrible. ¿Qué les vamos a heredar a nuestros hijos y nietos? Es que ya ni pensamos en eso.

Las EPS y ARS no cumplen con la prevención y la promoción, lo poquito que hacen es ridículo. Jamás llegan a las casas de los usuarios a ver cómo se alimenta la población, ni a hablar de las enfermedades de la familia, a mirar el medio en que se levantan los niños. El primer nivel de atención es pésimo, son tan torpes que si me atendieran bien en una primera cita seguramente ahorrarían dinero, porque yo no me enfermaría, pero ni siquiera eso, solo piensan en ganar plata y no más. El sistema de información es pésimo, no se sabe cuántos existen en cada régimen, ni qué problemas son los que más afectan a la gente, nada.

¿Qué hacer?

Pero todo esto sí se puede transformar trabajando en tres líneas gruesas. El tema de universalidad y equidad, como ya lo vimos, y el de calidad en el servicio. Esto solo es posible transformarlo si desaparece el ánimo de lucro. Las EPS y ARS deberían existir sin ánimo de lucro; solo se les debería pagar unos costos de administración razonables para que no pierdan plata, pero el resto se tiene que ir para la salud. En nuestro esquema sería el Focypa el que administre la plata, no las EPS. El Focypa les paga directa y anticipadamente a las IPS, porque ese es otro de los problemas, que las EPSy ARS no les pagan a las IPS. En nuestro esquema a las EPS y ARS les pagaría el Focypa solo la administración; y se debe acabar la integración vertical.

A parte de eso, el sistema de salud debe estar apoyado sobre todo en la prevención y la promoción. Nosotros planteamos un programa de salud familiar y comunitaria, que está probado en otros países; se basa en formar un equipo multidisciplinario que pase por las casas haciendo promoción y prevención. Debe haber en ese equipo un nutricionista, un medico, un psicólogo, el promotor de saneamiento ambiental.