

**Universidad de Antioquia**  
**Facultad Nacional de Salud Pública “Héctor Abad Gómez”**

**Pronunciamento sobre la Declaratoria de Emergencia Social en Salud**

El Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública, acogiendo las reflexiones y análisis de su cuerpo de investigadores y docentes, hace público el siguiente pronunciamento sobre la declaratoria de Emergencia Social en salud anunciada recientemente por el Gobierno nacional, con la expectativa de abrir, desde este momento, un debate sobre la necesidad de una reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS donde se asuma la salud como derecho fundamental y como bien de interés público.

**Los puntos de vista de los actores sociales sobre la declaratoria de la Emergencia Social**

El pasado 19 de noviembre, el presidente Álvaro Uribe Vélez le informó al país su decisión de declarar el estado de Emergencia Social, al parecer con el propósito de obtener recursos adicionales para que los entes departamentales cubran los servicios no POS a los usuarios favorecidos con las sentencias judiciales, sino también para cubrir los compromisos que se desprenden de la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional en 2008, concernientes al proceso de unificación de los planes de salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado. Para estos efectos, el Señor Presidente anunció la conformación de una comisión integrada por los ministros de Hacienda y de Protección Social, el Director de Planeación Nacional y delegados de los entes territoriales.

En Colombia, el Estado de Emergencia es uno de los tres tipos de Estados de Excepción que constitucionalmente son susceptibles de ser declarados por el ejecutivo. El artículo 215 de la Constitución Nacional (reglamentado por la Ley 137 de 1994) autoriza al Presidente de la República para declarar la emergencia por un período de 30 días, siempre que sobrevengan hechos que constituyan grave calamidad pública o que perturben en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país. Durante ese período el Presidente y sus ministros podrán dictar decretos con fuerza de ley destinados exclusivamente a conjurar los hechos que motivan la declaratoria de emergencia social. A este respecto, el exministro Juan Camilo Restrepo, en sus declaraciones recientes a un medio de comunicación, ha advertido que tal estado de excepción constituye un riesgo para la democracia en la medida en que las normas producidas a su amparo no se someten al trámite regular del poder legislativo.

El Señor Presidente ha anunciado que la comisión deberá encarar la elaboración de los decretos que permitirían obtener los nuevos recursos para la salud, los cuales procederán del aumento en los impuestos departamentales al consumo de cigarrillo, cerveza y otros licores. De modo que en principio, se trataría de resolver con mayores impuestos departamentales el problema financiero del SGSSS, entendido como un asunto de insuficiencia de recursos, argumento que ha venido siendo enfatizado por el ejecutivo desde el momento en que la Corte Constitucional emitió la sentencia ya mencionada. El Ministro de la Protección Social ha afirmado en diversas ocasiones que la unificación de los planes de salud de los dos regímenes le costaría al país cerca de seis billones de pesos, sin que se haya hecho llegar a la opinión pública el estudio en que fundamenta tal argumento.

Las motivaciones formuladas por el Presidente respecto a la declaratoria de la Emergencia Social en Salud, por lo menos en los términos en que hasta ahora ha sido presentada, genera grandes interrogantes sobre la comprensión de los verdaderos problemas que aquejan al sistema de salud del país, particularmente en lo que tiene que ver con su modelo de financiamiento. En principio este planteamiento involucra dos asuntos que es preciso separar: Por un lado está el problema de los recursos necesarios para la unificación de los planes de salud y por el otro las obligaciones financieras que los entes territoriales y el Gobierno Nacional tienen con las instituciones prestadoras de servicios de salud en razón de servicios y medicamentos no incluidos en dichos planes.

Las interpretaciones del problema difieren mucho de un agente a otro y tienen que ver con sus intereses. En lugar de considerar las tutelas como un indicador de demandas sociales legítimas y de infracciones a la Constitución, el Gobierno ha insistido en que la ampliación de estos servicios por la vía de las tutelas, constituye un elemento importante del problema financiero, considerando entre otros aspectos que por ese concepto las EPS reclaman al FOSYGA cerca de 900 mil millones de pesos. Por su parte, las EPS privadas agremiadas en ACEMI, se quejan porque de dicho monto el Ministerio de la Protección Social les ha glosado cerca de 500 mil millones de pesos. En relación con este punto, ACEMI afirma que el gobierno cuenta con los recursos suficientes para realizar estos pagos: 5 billones invertidos en TES, 1,6 billones en subcuenta de compensación y 4,4 billones en las otras subcuentas del FOSYGA. Con base en estos argumentos, el gremio

de las EPS ha expresado que si estos pagos no se hacen efectivos prontamente, la situación financiera de las 15 aseguradoras privadas obligaría al cierre de 9 de ellas en 2010.

El Ministro de Hacienda, por su parte, ha afirmado que “aprovechará la emergencia social para reordenar el sistema de salud para cumplir con la Sentencia de la Corte Constitucional”; estas declaraciones contrastan con las afirmaciones del Ministro de la Protección Social, en el sentido de que por ahora se aplaza la unificación de los planes de salud y que se debe especificar bien quienes en el régimen subsidiado tienen capacidad para hacer copagos por los servicios que reciben; en otras palabras, propone financiar el sistema con los copagos de los más pobres. El Superintendente de salud afirma a su vez que el SGSSS no fue diseñado para atender los servicios no POS. La voz gubernamental disidente es la del Contralor, quien en el Informe Social al Congreso correspondiente a 2008 afirma que una de las causas de inequidad y de no acceso a los servicios son las barreras económicas.

Desde el Congreso, la senadora Cecilia López ha afirmado que el SGSSS es insostenible y que la emergencia social tendría como trasfondo una reforma tributaria para imponer más impuestos a los departamentos y municipios. El economista Alejandro Gaviria coincide con la senadora en que hay improvisación y vaguedad en la declaración de emergencia porque el gobierno no ha dicho exactamente qué quiere hacer, cuánto cuesta el hueco financiero y cuántos recursos se esperan conseguir, y que en tales circunstancias la Corte Constitucional bien pudiera declarar inexecutable la declaratoria de la emergencia social.

### **La encrucijada financiera: ¿a favor de quien?**

Aunque hasta el momento la emergencia social sólo se ha anunciado en términos generales, sin que se conozcan al respecto las disposiciones específicas que el Gobierno pretende aplicar, valdría la pena considerar primero dónde radica realmente el problema.

En las declaraciones del Ministro de la Protección Social se lee claramente que la línea gubernamental es preservar la estructura del SGSSS y no hacer modificaciones sustanciales. De hecho, las soluciones que se insinúan son de carácter fiscal y regresivo: más impuestos, más copagos para los más pobres y más recursos públicos para el lucro de operadores privados. Estas propuestas desconocen la persistencia y profundización de inequidades, ampliamente documentadas en los análisis del SGSSS descritas por otros actores gubernamentales y por organismos de control como la Defensoría y la Contraloría, así como por algunos legisladores, quienes han conceptualizado que las tutelas son apenas la evidencia emergente de una crisis estructural, en la que ningún dinero alcanzaría para financiar la prestación de servicios mientras la lógica instaurada en el SGSSS siga siendo la rentabilidad económica del negocio de la salud, bajo la mirada, si no complaciente, por lo menos permisiva del Estado.

En las posiciones que ha asumido el Gobierno frente a la crisis del SGSSS develada por una institución externa al sector como la Corte Constitucional, se advierte una tendencia a eludir el cumplimiento de los principios constitucionales establecidos en la Sentencia de la Corte, concentrando la atención pública en la solución de la deuda contraída con las EPS valiéndose de la Emergencia Social. También puede ser que el Gobierno acoja la Sentencia de la Corte Constitucional, pero nivelando el POS por lo bajo y aprovechando la coyuntura de la emergencia para hacer este ajuste sin debate legislativo, y por ende, sin debate público. El riesgo para salud del país es que el Gobierno Nacional, contando con una opinión pública desinformada y con escasa capacidad de organización y movilización, logre sus propósitos evadiendo los conceptos de la Corte Constitucional, de quien las grandes mayorías colombianas esperan actuaciones en derecho soportadas en principios de equidad y justicia social.

En esta coyuntura, los temas olvidados son los problemas estructurales del SGSSS y cómo afrontarlos. ¿Qué hacer con las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud, en especial para los afiliados en situación de pobreza? ¿Qué hacer con el incremento de tutelas? ¿Qué hacer con los servicios no Pos? ¿Cómo garantizar el flujo de recursos financieros dentro de las instancias del SGSSS? ¿Cómo fortalecer la débil regulación del Estado a favor de los ciudadanos en un contexto donde los actores privados han ganado poder económico y político para incidir (decidir) en el rumbo de la política de salud y concentran por lo menos el 85% de la oferta de servicios?

Es bastante dudoso que el anunciado quiebre de las finanzas del sector pueda ser subsanado con mayores impuestos departamentales, sobre todo cuando es evidente que para el gobierno cualquier reordenamiento administrativo y financiero del SGSSS se haría sin afectar la estructura básica del sistema. No son pocos los estudios que han mostrado como el modelo de financiamiento, en especial el del régimen contributivo, está sometido a problemas de carácter estructural, asociados al ciclo de la actividad económica y a las tendencias observadas en el mercado de trabajo. La población objeto de este régimen, así como sus fuentes de financiamiento, se contraen en la parte baja del ciclo económico por efecto del aumento del desempleo, el cual asume tendencialmente en nuestro país un carácter estructural y de larga duración. Con el agravante de que

con la recuperación económica, por lo menos según la experiencia reciente luego de la crisis de finales de la década pasada, no se logran abatir los indicadores de precariedad del empleo.

En este sentido es quizás mucho más problemático lo concerniente al empleo asalariado, cuyo comportamiento desborda las vicisitudes del ciclo económico y asume una dinámica de larga duración, en términos de un persistente descenso en el conjunto de los ocupados en el país. La proporción de asalariados al nivel nacional pasó del 51% en 2007 al 44% en 2009. En esos dos años el volumen de asalariados se redujo en un 6,7%. En esta perspectiva se subraya la ilusoria sostenibilidad del actual sistema de salud a partir de una pretendida sociedad de asalariados. En varios estudios se ha documentado esta persistente precariedad e inestabilidad del empleo, que ha venido desplazando la estabilidad laboral como régimen dominante de la organización del trabajo y soporte del sistema de salud, y que corre paralela con una ruptura de la legislación laboral a favor de una regulación del mundo del trabajo a partir de otros ámbitos del derecho.

Lo anterior explica en buena medida el relativo estancamiento de las coberturas en el régimen contributivo y las problemáticas asociadas a su equilibrio financiero. En 2008 las coberturas de dicho régimen y del régimen subsidiado alcanzaron en su orden el 38,8% y el 50,6% de la población, lo cual contrasta con las previsiones de viabilidad financiera del sistema al momento de diseñar la reforma de 1993, cuando se pensó en un equilibrio a partir de una cobertura del 70% en el régimen contributivo y del 30% en el régimen subsidiado.

Por lo demás, el equilibrio financiero del régimen contributivo, que se manifiesta en el comportamiento de la cuenta de compensación del FOSYGA, depende estructuralmente del comportamiento del valor de la Unidad de Pago por Capitación, el rango salarial de los cotizantes y la densidad familiar. En general el valor de la UPC se ha venido ajustando según el comportamiento del IPC, exceptuando uno que otro año en el período de la crisis de hace una década, en el que dicho ajuste estuvo por debajo del comportamiento de la inflación, lo cual no logró detener el déficit que durante esos años registró la cuenta de compensación, debido justamente al deterioro de la densidad salarial y el aumento de la densidad familiar. Pese a que en el último quinquenio esta cuenta ha mostrado los niveles más altos de superávit financiero, en el actual periodo de crisis económica ha debido enfrentar el repunte de la densidad familiar (razón de beneficiarios por cotizante), que para finales del 2007 alcanzaba un nivel de 1.2, cifra superior a los niveles observados en 2005 y 2006. La densidad salarial (promedio del ingreso base de cotización en términos del salario mínimo mensual vigente), observó en 2005 un nivel de 1,9, el más bajo en ese último quinquenio y que presumiblemente habrá caído aún más en 2009 con motivo de la contracción económica.

Al momento de prever los recursos para pagar la deuda por los servicios no POS y la unificación de los planes de salud, es absolutamente imprescindible preguntarse por la conveniencia real para el país y para el SGSSS de mantener la figura de las EPS, las cuales se han constituido en agentes intermediarios entre los usuarios de los servicios de salud y las instituciones prestadoras de los mismos, sin que se haya evidenciado su necesidad ni su contribución a la eficiencia en la aplicación de los recursos disponibles. El estudio de las cuentas nacionales en salud de Gilberto Barón ha arrojado luces sobre el costo financiero de dicha intermediación; según sus análisis, los rubros de atención en salud e inversión en salud representan en su orden el 65% y el 5% de gasto en salud, lo cual supone que el 30% restante pareciera constituir el valor de la intermediación que realizan las EPS.

El impacto financiero de esta intermediación ha sido ampliamente debatido por los académicos e investigadores del sector salud. Recientemente el profesor de la Universidad de Harvard, Thomas Bossert, asesor del Ministerio de la Protección Social, declaró que el camino adoptado por el Gobierno cuando entregó los recursos de la salud a los operadores del sector privado ha resultado costoso para el país, pues la presumible competencia entre los agentes no ha operado y en consecuencia no solamente no se ha mejorado la eficiencia sino que se han disparado los costos en salud, resultados que contradicen dos de los argumentos que en su momento se usaron para defender la aprobación de la Ley 100. En igual sentido se ha manifestado su colega en Harvard, William Hsiao, quien además ha conceptualizado que las EPS en nuestro país se han vuelto políticamente muy poderosas y han logrado frenar los esfuerzos regulatorios por parte de las autoridades del sector. Estas afirmaciones, expresadas desde sectores que impulsaron la reforma, revisten especial gravedad y debieran ser tenidas en cuenta al momento de analizar y enfrentar la emergencia sanitaria.

Varios analistas de nuestro país han levantado evidencias no sólo del poder de mercado sino también del poder de cooptación de las EPS en los escenarios de concertación o negociación de políticas como el CNSSS. En el escenario de mercado la estructura poco competitiva del aseguramiento en salud está ampliamente documentada, sobre todo en los municipios que están por fuera de las cuatro principales áreas metropolitanas, donde se identifican tendencias monopólicas y oligopólicas, lo cual le ha dado a las EPS un fuerte poder en las negociaciones con las instituciones prestadoras de servicios de salud. La opinión pública conoce bien las barreras y obstáculos que las aseguradoras suelen poner no solo para limitar el acceso a servicios por parte de los usuarios (muchas veces con grave interferencia del profesionalismo y de la ética médica), sino también en materia de contratación y para retrasar el flujo de recursos hacia las prestadoras.

Contrario al argumento gubernamental de que el problema radica en la insuficiencia de recursos y que la crisis se resolverá mediante la declaratoria de una emergencia social, los analistas del sector han venido mostrando sistemáticamente que los problemas no son coyunturales sino fundamentalmente de carácter estructural, motivados por el diseño de un sistema cuya racionalidad induce una concentración de los recursos en manos de instituciones particulares con un gran poder político y económico, las cuales impiden que dichos recursos lleguen a la población más necesitada. De modo que por más impuestos que se fijen, el problema financiero del SGSSS habrá de persistir en la medida en que los nuevos recursos continúen siendo absorbidos por una intermediación que en rigor es de carácter financiero y se orienta por la búsqueda de una mayor rentabilidad en el negocio de la salud. Según el último reporte de la Revista Semana sobre las empresas más grandes del país en 2008, dos de las EPS están clasificadas entre las 30 empresas más grandes, la primera de ellas registrando utilidades operacionales por encima de los 120.000 millones de pesos, que suponen un aumento de 184% respecto a 2007.

En esta coyuntura, la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, recogiendo las recomendaciones y el sentir de sus estamentos, invita a los gobernantes y al sector político, a los organismos de control, a los medios de comunicación, a la academia, a las ONG y a las organizaciones comunitarias, a promover un debate público que examine a fondo la crisis del SGSSS y derive en acciones de corto plazo para reformar el sistema de salud con base en una racionalidad social que contribuya a la salud, la justicia y la equidad. No hay ninguna razón para mantener un sistema que en quince años ha mostrado profundas fallas y que riñe con la Constitución. El modelo de salud adoptado por Colombia no es la única opción ni la más eficiente; otros países gastan mucho menos en atención sanitaria y obtienen mejores resultados. La crisis no se resolverá con más de lo mismo. Los problemas del SGSSS no han sido sólo de financiación; han sido también de efectividad y de justicia. Es el momento de pensar en una política social en materia de salud que tenga en cuenta el derecho fundamental a la vida y anteponga el sufrimiento de los enfermos y la calidad de vida de los ciudadanos a los intereses de lucro. En tal sentido, *la Facultad Nacional de Salud Pública invita a poner en el centro del debate el derecho fundamental de las personas a la salud y la defensa de la salud como bien de interés público.*

Desde esta perspectiva puede ser conveniente dar impulso a la iniciativa de quienes se han pronunciado en favor de una Ley Estatutaria en Salud donde se definan las responsabilidades estatales y el alcance de la salud como derecho fundamental por encima de los intereses económicos de los particulares, advirtiendo que una política sanitaria coherente con estos principios es incompatible con la mercantilización de la salud y debe preservar la tutela como mecanismo de exigibilidad del derecho a la salud.

Nuestra Facultad tiene la voluntad de participar activamente en la convocatoria de una serie de foros académicos que discutan los perfiles de una propuesta de reforma de nuestro sistema de salud que se ajuste a estos conceptos.

**Álvaro Cardona**  
**Decano**

Medellín, 14 de diciembre de 2009

*Copia a:*  
*Ministerio de la Protección Social*  
*Comisión 7ª de Senado y Cámara*  
*Contraloría General de la Nación*  
*Procuraduría General de la Nación*  
*Defensoría del Pueblo*  
*Superintendencia de Salud*  
*Organizaciones comunitarias*  
*Prensa hablada y escrita*