

El modelo de mercado en la salud de los colombianos



Febrero 4 de 2010 | 08:02 AM. | Noticias

“No se cuida la enfermedad sino los costos”

Las nuevas medidas empujarán a familias de la clase media hacia la pobreza y a los pobres a la miseria. La regulación de costos de la práctica del personal médico, no solo se hará a través de los manejos gerenciales de las EPS, sino con base en la medicina fundamentada en la evidencia.

Juan Carlos Hurtado Fonseca

Los polémicos decretos emitidos por el Gobierno Nacional en el marco de la emergencia social, han sido cuestionados por el movimiento social y hasta por reconocidos uribistas como algunos periodistas del Establecimiento. Según expertos en el tema, se presenta una profundización del modelo que generará mayor pauperización de vastos sectores de la población colombiana, mientras los mercaderes de la salud aumentarán sus ganancias.

VOZ habló con Román Vega, médico de la Universidad Nacional de Colombia; con posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social de la Universidad Javeriana y doctorado en Administración y Políticas de Salud en Inglaterra; desde hace 18 años es profesor de la Universidad Javeriana en los posgrados de Administración en Salud y Política Social y en el doctorado en Ciencias Sociales y Humanas; fue secretario de Salud de Bogotá, en el gobierno de Luis Eduardo Garzón; es miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social; miembro del Movimiento de la Salud de los Pueblos y activista político, social y académico.

El doctor Vega explica el modelo de salud impuesto y cómo las nuevas medidas generarán mayor exclusión y pobreza. Además, entrega algunos tópicos acerca de cómo debería ser un sistema de salud democrático.

En beneficio del capital

- ¿Cómo es el sistema de salud colombiano?
- Se ha creado un sistema de seguro, de aseguramiento en un marco de relaciones de mercado en el cual contribuyen los que tienen cómo, a través de ese contrato privado que significa la contribución, y los que no tienen la capacidad de contribución sufren un

proceso de clasificación en niveles de pobreza; algunos de estos niveles son incluidos mediante subsidios y mecanismos de solidaridad. Eso crea un seguro con pretensiones de universalidad, que aún no lo es, con unos fondos públicos, unos fondos sociales que no maneja el Estado directamente en términos de su gestión; sino que han ido a parar a manos del capital privado, particularmente el financiero y de seguros. Este fondo de carácter social -ya que es un fondo que se reúne con los aportes de los colombianos que contribuyen y de los subsidios que el Estado a través de los impuestos que nos quita a todos-, ha sido objeto de ganancias económicas de los privados a través de mecanismos de rentismo; porque esa inversión de capital no produce ningún valor adicional, sino que buscan a toda costa obtener una tasa de rentabilidad introduciendo mecanismos de control de costos, para que con lo que se paga en términos de unidad de pago por capitación que el Gobierno entrega a los gestores privados de este fondo o EPS, ellos obtengan su ganancia disminuyendo al máximo los costos del tratamiento de las personas y controlando la práctica de los médicos y del personal de salud.

El segundo elemento es el de prestador de servicios de salud. En Colombia los prestadores contratan con quienes gestionan los fondos sociales de aseguramiento o EPS, la prestación de los servicios de salud a los afiliados, y lo hacen de forma que derivan su rentabilidad económica de ese proceso de contratación.

El problema del sistema general de seguridad en términos de equidad es que este sistema tiene un plan de beneficios, de intervenciones médicas preventivas, curativas y de rehabilitación, que no es igual para los afiliados, sino menor para los pobres que son los de más necesidad. De ahí que haya varios regímenes de aseguramiento uno contributivo y otro subsidiado, según el cual en el régimen contributivo con un plan de beneficio mayor los que cotizan y en el subsidiado con menores beneficios, con atenciones básicas se afilian los pobres. Los pobres han sido clasificados en el nivel uno y dos y la calidad de la atención no es igual. Entonces tenemos un sistema de salud de aseguramiento regido por reglas de mercado.

En términos comparativos con otros sistemas de salud; los sistemas de mercado son orientados con una concepción liberal a diferencia de otros que pueden tener elementos de mercado pero más de enfoque conservador. Contienen ciertas orientaciones que los distingue del mercado, por ejemplo, son corporativistas, descansan en el cuidado de la familia, de la enfermedad de las personas y son muy diferentes del enfoque socialista, que son sistemas universalistas donde lo que rige es la vinculación de las personas. Es la noción de derecho social, no hay reglas de mercado ni de caridad, ni corporativistas; son sistemas universales y quienes están en el sistema solo están por ser un derecho social, donde todos reciben el mismo trato bajo las reglas de ciudadanía. De modo que en Colombia tenemos un sistema de mercado, liberal donde el énfasis de los actores que participan y del Estado que les apoya, es el de disminuir costos para que las ganancias sean mayores y disminuir costos en términos del gasto público general. Es decir, hay dos énfasis que son buenos distinguir porque las medidas tomadas son la profundización del modelo neoliberal del sistema de salud colombiano formulado en la Ley 100 de 1993.

Mayor ganancia, menor calidad

- ¿Cómo hacen las EPS para reducir costos y generar mayor ganancia?
- En un sistema de aseguramiento neoliberal de mercado no se cuida la enfermedad del

paciente, se cuidan los costos de la enfermedad. La práctica médica es cambiada no por los médicos sino por dos actores claves; el asegurador privado y el Estado. El principal controlador de costos en la relación médico-paciente, en el proceso de manejo de la salud y la enfermedad, habían sido las EPS que le colocaban al médico y a las prestaciones de salud una serie de regulaciones; por ejemplo, al médico se le decía “no formule esto”, se le prohibía proscribir ciertos procedimientos diagnósticos, la autonomía era restringida y se creaban incentivos de castigo y de premio dependiendo de que se acogiera a las reglas de funcionamiento de la EPS. En los contratos con las instituciones privadas a nivel de primer nivel de atención o la medicina más general, se regulaba fuertemente el envío de pacientes de los niveles primarios a la medicina especializada y hospitalaria. Eso ahorra recursos de la bolsa general que manejaban las EPS y de ahí ganaban.

Ahora los decretos de emergencia social introducen una nueva medida; la regulación de costos de la práctica de los médicos y del personal, no solo se hace a través de los manejos gerenciales de las EPS, sino que se hace con base en la medicina basada en la evidencia. Significa que el médico pierde la libertad de relacionarse con el paciente, no solo en términos de las prescripciones científicas de tipo médico que hacia el futuro sólo podrán ser hechas de acuerdo a protocolos, guías de manejo de pacientes; sino también se le quita al médico la potestad de ejercer su saber más allá de lo técnico y científico, ya que la relación de un médico con un paciente tiene un componente humano que trasciende el conocimiento científico. El énfasis está en controlar las prescripciones, la conducta médica frente al paciente con base en los protocolos y estándares regulados con la intervención del Estado. Eso es un cambio fundamental en el enfoque de la política de salud.

Consecuencias del modelo

- Según el presidente de Anthoc, con 21 billones de pesos por año se cubriría la totalidad de la población colombiana en el régimen contributivo de salud y actualmente se están gastando 28 billones, es decir, están sobrando siete y no hay cobertura.

- Hay varios cálculos, pero en general lo que se sabe es que con el gasto total en salud en Colombia, tanto en el privado como el público, se podría tener un sistema universal con beneficios mejores a los que contiene el plan contributivo. Esa aseveración surge del hecho de que el gasto en salud ha crecido, está rondando el 9% del PIB. El otro elemento que se tiene es que países similares a Colombia, con un gasto similar, tienen cobertura universal y amplia de sus poblaciones, como Costa Rica que en su sistema incluye a quienes contribuyen y a quienes no pueden contribuir. El otro elemento es que países desarrollados como el Reino Unido tienen sistemas de salud universales y su gasto no va más allá del 7,5% del PIB. Sabemos que si los recursos monetarios se usaran de manera adecuada y en beneficio de la población, y no se quedara en terceras manos como las EPS, probablemente podríamos caminar hacia un proceso de universalización con criterios profundos de equidad.

- ¿Cuáles serán las consecuencias en la población de la aplicación de las nuevas medidas?

- La profundización del modelo neoliberal que inició Barco, profundizó Gaviria, que no pudieron imponer a fondo por la resistencia de sectores de trabajadores y la población, y que Uribe está aplicando de manera deliberada, va a traer consecuencias negativas para la población. Por ejemplo, en términos del financiamiento del sistema; el hecho de que

se hayan impuesto unos tributos a la cerveza, a los juegos de azar, a los licores, etc., se gravará a pobres y ricos, son medidas de carácter regresivo porque son impuestos al valor agregado que no diferencian en el monto entre ricos y pobres. La gran proporción de la población no tiene altos ingresos y es gran consumidora de cerveza.

El segundo efecto es el hecho de empujar a que la población cada vez en mayor proporción cofinancie o financie en su totalidad los servicios de salud que necesita, desconociéndose el carácter de derecho humano fundamental. Eso se profundiza en la medida en que se restrinja el Plan Obligatorio de Salud que hoy existe para el régimen contributivo y se va a disminuir porque la metodología definida para el nuevo POS es de costo-efectividad, es decir, que sólo quedarán incluidos tratamientos y procedimientos médicos, siempre y cuando cumplan el requisito de bajo costo y efectividad; no todos los procedimientos pueden someterse a esa regla. Eso aumentará la franja de intervenciones, procedimientos y tratamientos médicos que ya están fuera del POS y que el Gobierno ahora ha llamado prestaciones excepcionales que tendrá que ser cofinanciado particularmente por la clase media del país, que será muy golpeada.

Pero también los hoy calificados como pobres con la encuesta Sisben. Los decretos establecen que tendrán garantías para recibir subsidio completo para la afiliación al sistema, los pobres en nivel uno. Y si se demuestra que los pobres del nivel dos tienen algún ingreso, tendrán que cofinanciar su afiliación, recibirán subsidios parciales. Eso ni siquiera era así en la Ley 1122 de 2007, estos decretos son mucho más retrógrados. Los pobres tendrán que pagar de su propio bolsillo aquellas intervenciones que necesitarán y que no están incluidas. El efecto en materia social es el de empujar a familias de la clase media hacia la pobreza y empujar a los pobres a grados de mayor pobreza.

Además, la posibilidad de privatización de la red pública será mayor porque los decretos reducen la proporción de servicios que las EPS pueden contratar con hospitales públicos. La Ley 1122, retrógrada, definía que el mínimo que se debía contratar era el 60%, ahora dice hasta el 60%.

Los hospitales públicos podrán contratar con prestadores privados la prestación de los servicios que tiene el hospital. Los hospitales serán convertidos en cascarones de nombre público, pero serán empresas cada vez más privadas. Es un golpe al patrimonio que los colombianos hemos construido en años.

Una alternativa democrática

- ¿Cómo planteamos un sistema de salud alternativo o democrático teniendo en cuenta las condiciones del país?
- Lo primero que una política progresista, democrática, orientada a un ideal de derechos sociales debe hacer, es reconfigurar el derecho a la salud hacia un derecho humano fundamental, como un derecho social no sujeto a las reglas de juego del mercado. Eso significa que hay que acabar con las empresas promotoras de salud porque su objetivo es su enriquecimiento. Habrá que construir un fondo único de salud público, manejado por el Estado. Hay que garantizar el acceso universal a los servicios de salud no solo a la atención primaria -ya que lo que hay es una caricatura-, para mejorar el acceso geográfico, cultural, económico, etc., a la atención integral con énfasis en la promoción y prevención, no solo para mejorar la salud sino para reducir los costos en atención. Se debe garantizar el acceso a los servicios hospitalarios y especializados a criterio médico.

Se requiere también el fortalecimiento de la red pública de servicios de salud, que es garantía de que el Estado intervenga para la regulación de los actores privados, a la industria farmacéutica y a la de equipamientos médicos.

Además, hay que cambiar la manera como es formado el personal de salud en Colombia. Tendrá que ser coherente con el respeto al derecho a la salud, coherente con un enfoque amplio entendiéndose que la salud no es sólo un problema de atención médica de enfermedades, sino que debe tener clara conciencia de que la salud depende también de las condiciones de vida: la calidad de la vivienda, el agua, la alimentación, el ambiente, etc. Y el cuerpo de trabajadores debe tener ese compromiso en su acción.

Otra medida es cambiar la política de flexibilización laboral en materia contractual de los trabajadores de la salud, que ha precarizado sus ingresos y generado inestabilidad laboral. Debe avanzarse hacia el respeto de los derechos contractuales de los trabajadores; al salario digno, a la negociación colectiva, a la estabilidad. Sin eso es imposible.

Hay que tener en cuenta la manera de financiación que debe ser también con impuestos a la renta y con contribuciones de quienes más tengan.

El sector salud no es aislado del resto de la sociedad. Para que exista un sistema de esa naturaleza tendrán que reenfocarse las políticas económicas y el papel del Estado. Es un conjunto de cambios en términos de desarrollo de la democracia.

En la foto del médico Roman Vega
Foto Juan Carlos Hurtado
redaccionlaboral@yahoo.es