Los modelos de atención en SALUD

HACIA UNA REFORMA ESTRUCTURAL DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

Por Bernardo Useche Aldana

PhD en Salud Pública de la Universidad de Texas

"Por último, reiteramos el llamado a las fuerzas vivas del país para que apoyemos una reforma estructural del sistema de salud, donde esté primero la búsqueda permanente del bienestar de la población colombiana, reconociendo la salud como un derecho fundamental y priorizándola por encima de los intereses financieros de los diferentes actores". Así termina el comunicado expedido el 12 de marzo pasado por la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado [ESE] y Hospitales Públicos, ACESI, al finalizar su asamblea general. ACESI también critica la política del gobierno de entregar a las EPS la organización de las Redes Integradas de Salud sin detenerse a considerar la crisis financiera en que se encuentran sumidas estas organizaciones intermediarias del sector asegurador. Igualmente manifiesta que las ESE y los hospitales públicos no están dispuestos a participar de redes de salud que estén controladas por las EPS. De acuerdo con la posición de ACESI, Deslinde abre el debate sobre el tipo de reforma estructural del sistema de salud que se necesita en Colombia. DESLINDE

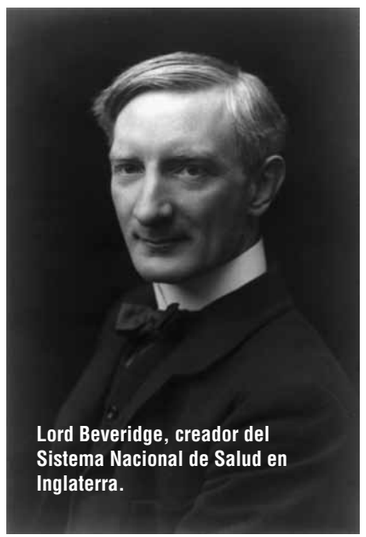
Hay consenso en Colombia en que el sistema de salud se encuentra sumido en una profunda crisis. Su fracaso se manifiesta tanto en la bancarrota económica del sistema, la cual no puede explicarse únicamente por la rampante corrupción que ha prevalecido, como en los pobres indicadores de salud existentes en el país. Es inaceptable por ejemplo la prevalencia de bebés con bajo peso al nacer (9.2 por cada mil nacidos vivos), el que solo existan 10 camas hospitalarias por 10.000 habitantes, número inferior al de países latinoamericanos como Venezuela, Perú, Chile y Brasil (en donde hay 24 camas por 10.000 habitantes); la prevalencia de embarazo adolescente que en la población desplazada alcanza un increíble 63% entre las mujeres al cumplir 19 años de edad; el que persista un alta tasa de mortalidad materna en partos atendidos institucionalmente a la vez que aumenta entre la población más pobre el número de nacimientos que no son atendidos por personal de salud debidamente entrenado. El cada vez mayor número de casos de dengue y malaria, la inequitativa cobertura regional de la vacunación y el que el 51% de los adultos padezcan de sobrepeso u obesidad por malnutrición. Y respecto a la situación de las clínicas y hospitales baste con las palabras del Dr. Roberto Esguerra: "las cifras de la cartera hospitalaria siguen siendo astronómicas, lo que pone en peligro la viabilidad de estas instituciones; da la sensación de una permisividad del Estado ante una situación tan aberrante"[1]. Esta es la situación de salud en Colombia luego de 18 años de implementación de la Ley 100 de 1993 la cual introdujo la intermediación financiera a través del sistema de aseguramiento y convirtió la salud de los colombianos en un negocio inmensamente lucrativo para muy pocos y en una tragedia para la inmensa mayoría de la población.

No obstante esta realidad, para el Presidente Santos, el anterior Ministro Santamaría y la actual Ministra Beatriz Londoño, con la ley 1438 aprobada en enero del 2011 ya se realizó la reforma estructural que se necesitaba para recomponer el sistema de salud y actualmente solo se requiere de una restructuración menor que pronto estará lista con la expedición de varios decretos reglamentarios y otras medidas administrativas. Algunos expertos en salud pública aunque critican distintos aspectos del modelo de aseguramiento e intermediación financiera de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) coinciden con el gobierno en que simplemente se necesita disminuir el número de EPS y reglamentar estrictamente su funcionamiento y vigilancia para superar los problemas. Igualmente respaldan la ley 1438 por considerar que ofrece un marco legal para promover e implementar una política de Atención Primaria en Salud (APS).

En la orilla opuesta, sectores democráticos de la política, la academia y los profesionales de la salud pública han adelantado durante los últimos años una crítica sistemática a la Ley 100 y se ha iniciado un debate

nacional sobre el tipo de sistema de salud con el que debe reemplazarse el actual. En ese contexto, empieza a promoverse en el país la derogación de la más reciente versión de la Ley 100 (Ley 1438 de 2011) y la eliminación de la intermediación financiera materializada en la existencia de las EPS. Desde esta perspectiva, las medidas tomadas por Santos y su gobierno no tienen como objetivo principal responder a las necesidades de salud del conjunto de la población colombiana sino la reingeniería y optimización del modelo de aseguramiento causante de la profundización de las inequidades en salud entre los colombianos. De igual manera, se ha propuesto que las normas sobre Atención Primaria contenidas en la Ley 1438 son simplemente mecanismos legales que el gobierno utilizará para entregar este nivel de atención a las EPS y de paso garantizar a las compañías de seguros el control de la puerta de entrada a la totalidad del sistema de salud[2].

Este artículo analiza sucintamente los principales modelos de salud existentes actualmente en el mundo con el fin de presentar un marco de referencia que permita posteriormente presentar una propuesta de sistema de salud para Colombia que elimine la intermediación de las EPS y desarrolle una política integral de atención primaria en salud en consonancia con programas intersectoriales orientados a intervenir los determinantes sociales de la enfermedad. En esta primera parte, el propósito al analizar los distintos modelos de sistemas de salud existentes es señalar que existen alternativas al modelo neoliberal dentro del cual se inscribió la Ley 100, alternativas que han sido puestas en marcha con éxito en muchos países desde hace muchos años. En un próximo articulo se tratará de demostrar que el actual sistema de salud colombiano fue impuesto por el capital internacional dentro del modelo de salud neoliberal, el cual es el más costoso, inequitativo e ineficiente y que por lo tanto debe ser reemplazado por un sistema sin la intermediación financiera de las compañías de seguros.



Lord Beveridge, creador del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra.

LOS TRES MODELOS BÁSICOS DE SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud contemporáneos se organizan en torno a tres componentes: Uno de rectoría o dirección y administración del sistema, un componente de financiación y uno de prestación de servicios. De la forma como se defina en estos tres niveles la participación del Estado y del capital privado y se dé prioridad a las necesidades de salud de la población o a los intereses de lucro de las empresas de negocios de la salud se han establecido tres grandes tipos de sistemas de salud con múltiples variantes y combinaciones. Aunque no hay consenso en la clasificación ni en la denominación precisa que debe darse a cada sistema puede afirmarse que existen actualmente en el mundo los siguientes modelos: **1)** el modelo de Bismark o de Seguro Social **2)** el modelo de Beveridge o Sistema Estatal (Público) Nacional de Salud en el cual se puede incluir el sistema de "pagador único"; y **3)** el modelo Neoliberal o de sistemas de salud basados en la economía de libre mercado, una de cuyas principales variantes es el sistema de atención administrada de la salud (*managed care*).

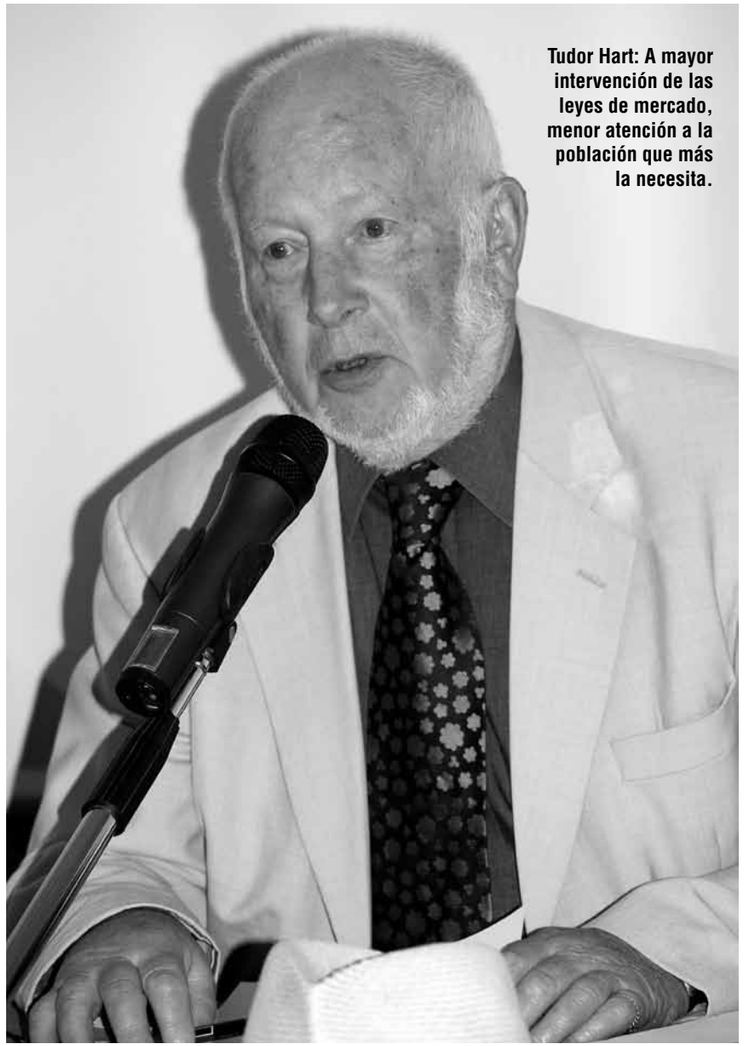
Es fundamental tener en cuenta que la adopción de un modelo específico de salud depende en cada país de las políticas económicas predominantes y de la correlación de fuerzas entre los sectores de clase representados en el gobierno y los distintos sectores de la población en el momento histórico en que se diseñan, aprueban e implementan las reformas a un sistema de salud. En ese sentido, el modelo del seguro social surgió en la Alemania de Bismark y se consolidó en los países capitalistas en donde las políticas llamadas del "Estado de Bienestar" lograron predominar. El sistema público y nacional de salud se estableció por primera vez con la medicina socializada de las primeras décadas del siglo XX en la Unión soviética y se adoptó con sus particularidades en Inglaterra luego de la segunda guerra mundial. El modelo neoliberal corresponde al período de las últimas décadas en que el capital financiero se tomó por asalto la economía mundial y la condujo a la crisis actual, crisis que se refleja y tiene sus manifestaciones propias en los sistemas de salud que hoy han sido organizados bajo los principios del libre mercado.

I. Modelo del Seguro Social

El primer sistema de salud implementado a un nivel nacional fue creado en Alemania con la Ley de Seguro de Salud de 1883. Un sistema de salud de estas características no hubiera sido posible sin la unificación nacional del imperio alemán por Bismark y sin la introducción en este país de las primeras políticas públicas de lo que hoy se conoce como Estado Benefactor en un esfuerzo del gobierno por contrarrestar la influencia creciente de los partidos socialistas entre los trabajadores.

Este modelo del seguro social fue entonces resultado de la presión de las organizaciones obreras porque el gobierno garantizara el acceso regular a servicios de salud y porque los empleadores tomaran responsabilidad en los cuidados de salud de la fuerza laboral. Aunque inicialmente el sistema solo incluyó al 10 % de la población correspondiente a los trabajadores con los salarios más bajos, la cobertura se fue extendiendo en medio de mil batallas hasta que llegó a ser universal en 1975. De manera similar, los médicos que en un principio eran contratados individualmente en condiciones onerosas se agremiaron profesionalmente en 1900 y luego de sucesivas huelgas lograron en 1913 que los fondos de salud establecidos negociaran colectivamente con su organización los contratos y condiciones de trabajo asistencial.

En general, este modelo de salud de aseguramiento social que para 1985 se había establecido en más de 70 países se caracteriza por estar dirigido y altamente regulado por el Estado, financiado básicamente por los empleadores y sus empleados quienes aportan a Fondos de Salud sin ánimo de lucro encargados de pagar por los servicios de salud que requieran sus afiliados a través de hospitales y médicos privados. En este modelo, lo usual es que el Estado requiera que los fondos paguen por servicios integrales de salud y que no se permita la exclusión de personas de un fondo por razón de sus condiciones médicas preexistentes ni que se encarezca el valor de los aportes de los afiliados por pertenecer a grupos de mayor riesgo de enfermedad. En Alemania actualmente existen más de 250 fondos de salud, los cuales



Tudor Hart: A mayor intervención de las leyes de mercado, menor atención a la población que más la necesita.

En la década de 1940, muchos países de América Latina implantaron parcialmente el modelo de seguro social, entre ellos México, Costa Rica, Venezuela, Colombia y Chile.

cubren al 90% de la población.

Estos fondos se dividen en distintas categorías: fondos que cubren en áreas geográficas determinadas a obreros y sus familias; otros, denominados "fondos Substitutos" cubren principalmente a las familias de empleados de cuello blanco; fondos de salud creados por grandes compañías para cubrir a sus empleados y trabajadores y, finalmente, los pocos fondos de salud que afilian a trabajadores de una misma rama de la producción.

En Colombia y como consecuencia de la implementación de la Ley 100 de 1993, los sucesivos gobiernos de Cesar Gaviria, Ernesto Samper, Andrés Pastrana y Álvaro Uribe se propusieron hasta lograrlo, eliminar el Instituto de Seguro Social (ISS) con el propósito de ampliarle sustancialmente el mercado a las compañías de seguros introducidas en el sistema colombiano bajo el engañoso nombre de Empresas Promotoras de Salud o EPS. Actualmente el ISS es una EPS más, denominada muy de acuerdo con su naturaleza: "Nueva EPS".

El modelo de seguro social en sus componentes esenciales persiste hasta nuestros días en Alemania (y con sus particularidades en otros países como Francia, Bélgica y Japón). Sin embargo, a partir de la década de 1990 los impulsores de las reformas neoliberales de los sistemas de salud han logrado introducir progresivamente elementos de privatización y libre mercado tales como la existencia de seguros privados de salud para una minoría de la población, los copagos y la competencia entre los distintos fondos de salud.

II. Modelo del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS)

Luego de la II Guerra Mundial se estableció en Inglaterra el Sistema Nacional de Salud (NHS por sus iniciales en inglés) con base en tres principios: financiación estatal a través de impuestos, plan de beneficios integral (sin excluir ningún tipo de servicio de salud) y atención universal, gratuita y prestada en el momento oportuno. Este sistema de salud fue concebido originalmente por William Beveridge, el economista y líder del partido laborista que propuso formalmente en 1942 en su informe sobre lo que habría de reconstruirse después de la guerra, la adopción del esquema de Estado Benefactor en Inglaterra incluyendo un sistema nacional de salud que hiciera realidad que cualquier ciudadano pueda recibir "cualquier tratamiento médico que requiera en cualquier forma que lo requiera".

Además de la tradición de lucha de los trabajadores ingleses por obtener adecuada atención de salud, la Segunda Guerra Mundial y –en particular, los implacables e indiscriminados bombardeos nazis sobre la población– contribuyeron a desarrollar un sentimiento de solidaridad colectiva en torno a la necesidad de proteger la salud y la vida, condición que favoreció el debate político sobre el tipo de sistema de salud que la nación requería y finalmente la creación del NHS en 1948. El nuevo sistema de salud se complementó con un sistema de seguridad social muy amplio; empleadores y empleados continuaron aportando al fondo de salud pero recibiendo ahora un plan de beneficios integral que antes no tenían y con el cual se planteaba que el Estado debía brindar protección al ciudadano desde "la cuna hasta la tumba".

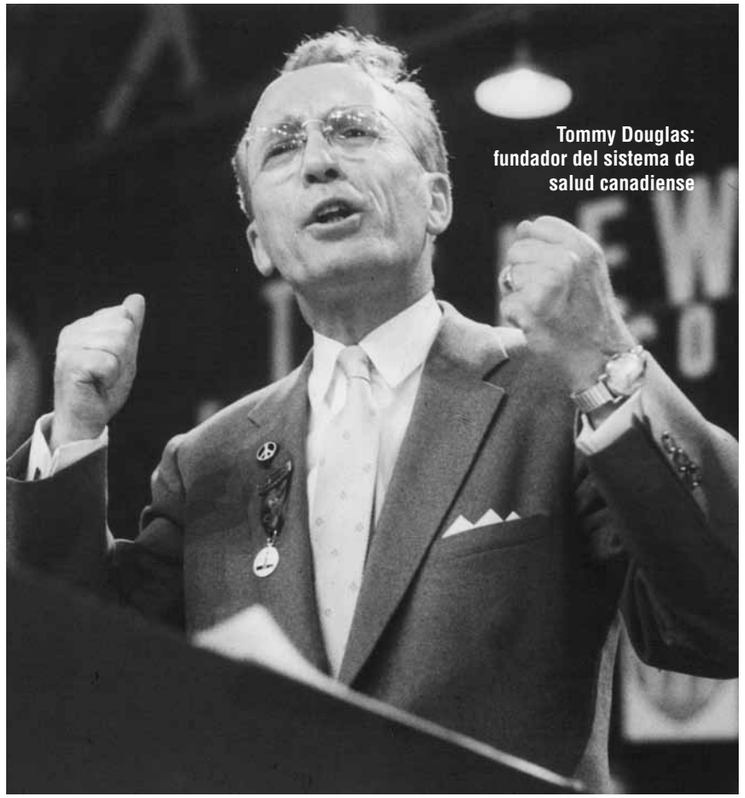
En el sistema, el cubrimiento es universal y la prestación y pago de los servicios de salud la hace el gobierno, el cual provee y supervisa tanto la atención primaria como el cuidado a nivel hospitalario y de especialidades contratando con servicios privados solo algunas cirugías electivas. Toda persona debe consultar a su médico general quien si lo considera necesario lo remite a consulta con un especialista. Los médicos generales son pagos a través de los fondos de atención primaria mediante una combinación de salario, capitación y pago por servicios y además reciben remuneración extra por mantener saludables a sus pacientes. Los médicos especialistas son empleados de los hospitales públicos. Los copagos en general no existen y la atención se presta de manera gratuita en el momento en que se necesita.

De hecho, la creación misma del sistema en 1948 estuvo precedida de dos años de grandes enfrentamientos entre el Ministro Aneurin Brevan, los sindicatos y las organizaciones sociales y políticas que apoyaban el establecimiento de este tipo

El Sistema Nacional de Salud inglés siempre ha estado bajo el fuego cruzado de los partidarios de la mercantilización de la salud.

de sistema y los grupos de la Asociación Médica Británica apoyada por las fuerzas políticas más conservadoras. Durante su administración, Margaret Thatcher se vio obligada a renunciar a sus planes de privatización de la salud ante la enorme resistencia social aunque logró introducir en la reforma al NHS de 1982 algunos elementos que favorecen la competencia y la economía de mercado. Reformas de mercado aun más profundas han sido promovidas en los últimos años y el gobierno de David Cameron parece decidido a privatizar el NHS siguiendo el recetario de las instituciones financieras internacionales. Al igual que Thatcher, Cameron se ha visto obligado a aplazar sus planes ante la recia oposición de amplios sectores sociales incluida la Asociación Médica, organización que ahora defiende el sistema estatal de salud.

Una modalidad de este tipo de sistemas de salud que se ha adoptado en países como Canadá, Dinamarca, Noruega, y más recientemente Corea del Sur y Taiwán es conocida como el Modelo del Pagador Único. Este modelo se caracteriza por centralizar y simplificar la financiación y administración en un "pagador único" que es el Estado; es decir no existe la multiplicidad de fondos del sistema alemán y más



Tommy Douglas: fundador del sistema de salud canadiense

importante aún, legalmente, por lo menos en algunos países, se excluye la intermediación financiera y no se permite la libre competencia de compañías aseguradoras privadas.

En Canadá, los fundamentos de este sistema de salud fueron establecidos en la provincia de Saskatchewan en 1946 durante el primer gobierno de Tommy Douglas, un pastor Bautista dirigente en ese momento de un pequeño partido de corte socialista que posteriormente contribuyó a dar origen al Nuevo Partido Democrático; Douglas había incluido como punto principal de su campaña electoral el acceso gratuito a los servicios de salud para todos los ciudadanos. Una vez electo Douglas nombró a Henry Sigerist, pionero de la medicina social como Director de la reforma al sistema de salud de Saskatchewan. Otras provincias pronto adoptaron un sistema similar el cual terminó por ser instituido a nivel federal primero en 1957 con la Ley de Seguro de Hospitales y Servicios Diagnósticos, luego en 1966 con la Ley del Cuidado Médico conocida como *Medicare* y con la Ley de Salud de 1984. Implantar este sistema en cada una de las provincias implicó vencer la oposición de las compañías de seguros de salud y de las asociaciones médicas que influenciadas por las aseguradoras se resistían, incluso declarándose en huelga, a aceptar los pagos por atención regulados por el gobierno.

En un sistema de "pagador único" como el canadiense, los proveedores de los servicios de salud evitan la onerosa intermediación de empresas aseguradoras enviando las

cuentas de cobro directamente a los gobiernos provinciales.

La administración del sistema es pública y la financiación la comparten el gobierno federal y los gobiernos provinciales con base en recaudos por impuestos. Los prestadores de salud y hospitales son en su mayoría de carácter privado; los hospitales son entidades sin ánimo de lucro vigiladas por las comunidades a las que sirven y los médicos, quienes generalmente prestan servicios en su práctica privada, son pagados de acuerdo con tarifas reguladas por el gobierno. El sistema cubre con un plan de beneficios integral en una forma casi gratuita, sin copagos ni gastos de bolsillo al 100% de la ciudadanía y a cualquier residente en el país. Las personas, si quieren, pueden pagar un seguro privado para cubrir los pocos beneficios excluidos del plan garantizado por el gobierno pero la ley prohíbe los seguros privados para los beneficios incluidos en el plan que garantiza el gobierno. Contradiciendo toda la propaganda negativa sobre malos salarios para los médicos en Canadá, estudios recientes demuestran que durante los últimos 60 años los médicos han sido los profesionales mejor pagos del país.

A partir de 1960, Cuba empezó a desarrollar un sistema público nacional de Salud guiado por principios de salud pública. Bajo la influencia de la Declaración de Alma Ata de 1978 sobre atención primaria, Cuba creó en 1984 el programa "El médico y la enfermera de la familia" cuyo desarrollo como eje de una estrategia de atención primaria ha permitido que hoy el país haya conseguido excelentes indicadores de salud y reconocimiento internacional. En Cuba por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos se redujo de 60 en 1958 a 4.5 en 2010; la tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos se redujo de 125.3 en 1958 a 43.1 en 2010; y el número de habitantes por médico pasó de 1079 en 1958 a 147 en 2010.

A su vez, la reciente realidad política latinoamericana ha dado origen a que se establezcan sistemas de salud que buscan reversar la tendencia de las reformas neoliberales que se venían implantando. Es por ejemplo el caso de Brasil, Ecuador, Bolivia, y Venezuela. A finales de 1999 en Venezuela, dos hechos coincidieron en la creación de nuevo "sistema público nacional de salud": en primer lugar, la aprobación de una nueva Constitución política cuyos artículos 83, 84 y 85 a la vez que reconocen la salud como un derecho que el Estado debe garantizar, establece que el sistema de salud debe tener financiación estatal, organizarse con base en la atención primaria, y tener cobertura universal gratuita. En segundo lugar, el establecimiento de la Misión "Barrio Adentro", un programa creado inicialmente para responder a la tragedia ocasionada por las gravísimas inundaciones y deslizamientos de tierra ocurridos en diciembre de 1999 en la costa Caribe, principalmente en los barrios paupérrimos del Estado Vargas.

Uno de los aspectos controversiales de "Barrio Adentro" ha sido la participación de médicos cubanos a través de un convenio de cooperación firmado en el año 2003 entre los dos países. El gobierno justificó el acuerdo en el hecho que los médicos venezolanos se negaron a participar de la política de atención primaria en salud que requería que trabajaran en los vecindarios más pobres de Venezuela.

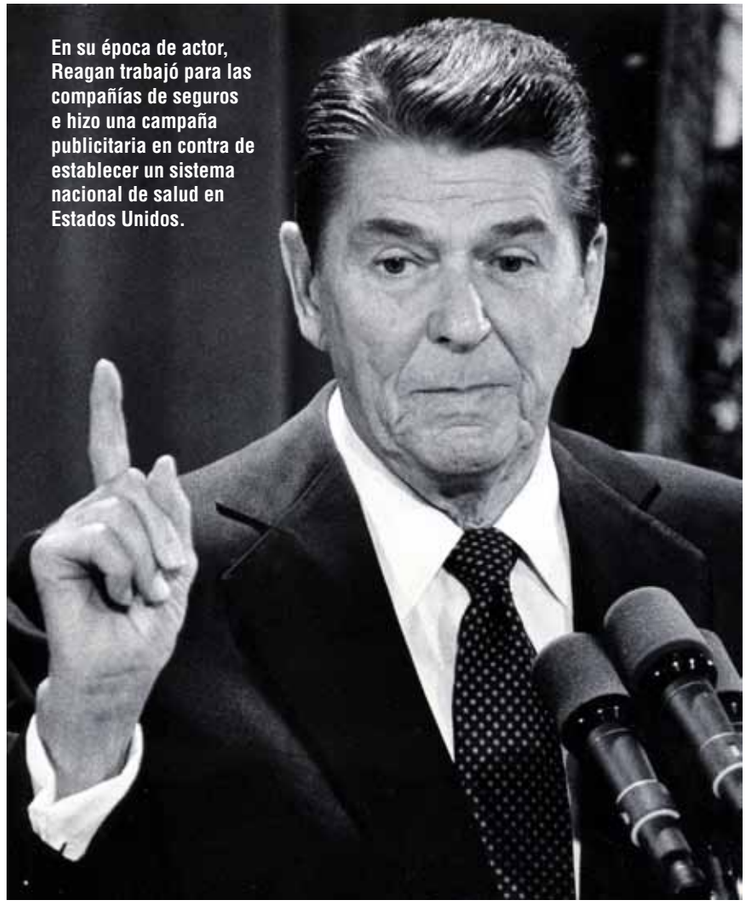
En los últimos años, Venezuela ha construido cientos de centros comunitarios de salud planeados para atender cada uno un promedio de 250 familias en los barrios más empobrecidos. A la par que se mantienen varios miles de profesionales cubanos ejerciendo en el país con un salario equivalente a US $250 dólares mensuales, Venezuela ha formado los primeros 8.000 Médicos Integrales Comunitarios siguiendo un plan de estudios de 6 años ajustado a la normatividad vigente en el país para las carreras de medicina. Las clínicas y otras entidades prestadoras de servicios privadas coexisten con las instituciones del sistema público nacional.

III. Modelo Neoliberal

Las naciones que han establecido sistemas de salud basados en los dos modelos anteriores establecen mecanismos para proteger la atención de las necesidades de salud de su población de las arremetidas de las fuerzas del mercado. Existe una contradicción insalvable entre el derecho a la salud y el deber del Estado de garantizarla a través de un sistema sanitario que tenga como objetivo real atender las necesidades de prevención, atención y promoción de la salud de la totalidad de la población y las políticas de salud elaboradas con la lógica del mercado y materializadas en sistemas de salud diseñados para beneficio económico de los grupos financieros y las compañías de seguros. Esta contradicción fue descrita magistralmente en 1971 por el médico e investigador inglés Julian Tudor Hart en su "Ley Inversa del cuidado de la Salud": "La disponibilidad de atención médica tiende a variar inversamente con la necesidad de la población atendida. Esta ley inversa opera de manera más completa donde la atención de salud está más expuesta a las fuerzas del mercado y en menos proporción en donde tal exposición es reducida. La distribución que el mercado hace de la atención en salud es una forma social primitiva e históricamente superada y cualquier retorno a ella exageraría aún más la inadecuada distribución de recursos médicos"[3].

Con la globalización de las políticas de libre comercio promovidas por los gobiernos de Ronald Reagan y Margaret Thatcher y con la planeación y dirección estratégica de las organizaciones financieras internacionales, especialmente del Banco Mundial (BM), se implantaron a partir de las década de 1980 y aun continúan implementándose una variedad de reformas neoliberales de los sistemas de salud en los cinco continentes4. En el caso de Colombia, no ha habido aspecto legal, político o técnico del diseño e implementación de la Ley 100 que no haya sido "recomendado" por el Banco Mundial y respaldado con un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo. Como se afirma en un documento del Banco publicado en el año 2010: "el BID ha acompañado al Gobierno de Colombia en el sector de la salud, por dos décadas de manera ininterrumpida"[5].

Esas reformas adaptaron los tres pilares de todo sistema de salud a los intereses del gran capital: en cuanto a la rectoría del sistema, el modelo neoliberal vulnera la soberanía de las naciones para definir sus propias políticas y sistemas de salud mediante el debilitamiento o eliminación de los Ministerios de Salud y la re-conceptuaización de la "Función Rectora de la Autoridad Sanitaria" en términos de: "Garantía del aseguramiento", "Vigilancia del aseguramiento", "Modulación del financiamiento" y "Armonización de la provisión de servicios".


En su época de actor, Reagan trabajó para las compañías de seguros e hizo una campaña publicitaria en contra de establecer un sistema nacional de salud en Estados Unidos.

Respecto al financiamiento, las reformas neoliberales introdujeron la intermediación de las compañías de seguros como eje de los sistemas de salud. Para justificarlo hicieron ver como imprescindible la "función de aseguramiento" y ampliaron la noción de financiamiento tradicionalmente entendida como la acumulación y administración de fondos para la atención en salud para incluir los esquemas de prepago de la atención y la "gestión del riesgo" financiero asociada con la salud de las personas que toman un seguro. Pero además, como en países de gran inequidad social es imposible para la mayoría de la población hacer prepagos suficientes para el negocio asegurador, los supuestos enemigos del papel del Estado en la economía le otorgaron a los gobiernos la responsabilidad de abrir "espacio fiscal" en sus presupuestos nacionales y aumentar los gastos en salud para cubrir los subsidios al aseguramiento de los más pobres, o lo que es lo mismo, las ganancias de las compañías aseguradoras con afiliados con poca capacidad de pago.

Por su parte, dado que para las compañías de seguros la salud es un negocio, la prestación

de servicios a un paciente es considerada una pérdida de dinero; por esta razón, la industria de los seguros se rige por la Tasa de Pérdidas versus Beneficio o *Medical Loss Ratio* en inglés. Es decir, la diferencia entre lo que paga el afiliado a la compañía aseguradora y lo que la aseguradora paga a los proveedores de salud por consultas, exámenes, hospitalizaciones etc. Como en la lógica de los negocios, las ganancias deben ser las máximas posibles, a las aseguradoras no les interesa la afiliación de personas con más riesgos de enfermedad como aquellas con preexistencias o los ancianos como tampoco la calidad de los servicios de salud prestados. Entre menos invierta en la salud de los pacientes mayor va a ser su ganancia. En Estados Unidos se ha calculado que el 25% de lo que paga una persona por tener un seguro NO se invierte en su salud sino que corresponde a la ganancia y los gastos administrativos de la compañía de seguros (la reforma de Obama estableció que esa ganancia no debe ser mayor del 15 o el 20%); y que en la próxima década esas ganancias de las aseguradoras sumaran cerca de tres millones de millones de dólares.

No deben extrañar entonces las palabras con que un exejecutivo de estas compañías empezó su testimonio ante el Congreso de los Estados Unidos en junio de 2009: "Mi nombre es Wendell Potter y durante 20 años trabajé como alto ejecutivo de compañías aseguradoras de salud. Vi cómo confunden a sus clientes y abandonan a los enfermos a su suerte para satisfacer a los inversionistas de Wall Street."

La provisión de servicios de salud también se ve gravemente afectada en el modelo neoliberal por la manera como las compañías de seguros vulneran la autonomía de los médicos a través de reglas "mordaza" (*gag rules*) que buscan reducir lo que se denomina el "riesgo técnico" en los costos médicos y que corresponde al número de citas o episodios de atención a un afiliado, al número de servicios médicos por cada cita o episodio de atención, al número de procesos por cada servicio y al costo de cada uno de esos procesos. En otras palabras, a toda compañía le interesa que quienes le han comprado un seguro no se enfermen, o si esto ocurre que sea atendido, no de acuerdo con las necesidades de su condición médica sino en el menor número de citas, con el menor número de procedimientos y con los procedimientos más simples y más baratos. Al mismo tiempo, las compañías de seguros optimizan las ganancias de su intermediación financiera estableciendo incentivos para los médicos que autoricen menos tratamientos, menos días de hospitalización, etc. En los Estados Unidos, y únicamente en el año de 1996, 35 Estados de la Unión se vieron obligados a aprobar más de 50 leyes orientadas a regular las estrategias de las HMOs (compañías de seguros) diseñadas para acrecentar ganancias por la vía de las reglas "mordaza."

La prestación de servicios también se ve afectada en tiempos del neoliberalismo a través de las normas de propiedad intelectual que se imponen en los Tratados de Libre Comercio en beneficio de las grandes transnacionales de los productos farmacéuticos[6]. De cómo incide en los precios de las medicinas el poder conferido a los monopolios de la industria farmacéutica dan cuenta las graves denuncias sobre los sobrecostos autorizados por el gobierno colombiano en los precios de los medicamentos como es el caso de la negociación entre el entonces Ministro Diego Palacio y la transnacional Roche para retirar del listado de importaciones paralelas 10 de sus productos (las importaciones paralelas se realizan para bajar los costos pues permiten comprar los medicamentos en países donde sean más baratos sin consultar con el fabricante dueño de la patente). Otro aspecto menos estudiado de la forma como el afán de lucro con los productos farmacéuticos afecta negativamente la provisión de servicios de salud es la manera como las compañías promueven la prescripción de sus medicamentos a través de incentivos para los médicos, la influencia sobre el diseño de protocolos y guías de manejo de las enfermedades, las patentes de segundo uso, la formación y financiamiento de grupos de pacientes, e incluso la patologizacion de dificultades de las personas en su vida cotidiana que no requieren manejo farmacológico.

La globalización neoliberal interesada en desarrollar las áreas de la industria de la salud que sean altamente rentables y en las que todo tipo de inversionistas obtengan grandes ganancias privilegia sectores como el del turismo de la salud a través de zonas francas y de mega-proyectos urbanos como la ciudad salud proyectada para Bogotá sobre la ruina de los hospitales localizados en el área de ese gran monumento a la Ley 100 que es el abandonado Hospital San Juan de Dios "que ofrezca productos estrellas alrededor de un complejo médico quirúrgico tipo exportación, donde además se concentrarán centros comerciales, áreas de rehabilitación, entre otros servicios"[7]. En otras palabras, en los modelos de salud basados en la economía de libre comercio es posible que coexista la total ausencia de servicios que caracteriza al "paseo de la muerte" con la atención de tercero y cuarto nivel "tipo exportación."

En EEUU las 5 más grandes empresas aseguradoras de salud obtuvieron $ 11.700 millones de dólares en ganancias durante el año 2010, un aumento del 51% con respecto al 2008.

Ingleses se movilizan en defensa de su Sistema Nacional de Salud NHS.

El país en donde se ha venido implantando progresivamente de manera más radical el modelo de libre mercado en salud es Estados Unidos a tal punto que la administración Clinton fue derrotada en su intento de proponer una variante de los sistemas de salud neoliberales y que la reforma de Obama no introdujo cambios substanciales al modelo existente. Por su parte, Colombia con la Ley 100 copió y continúa aplicando de manera fiel y en su integridad las políticas del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo en materia de reformas a los sistemas de salud. Un análisis crítico de las particularidades de los sistemas de salud en estos dos países y una propuesta de un Sistema Público Nacional de Salud para Colombia serán publicados próximamente por DESLINDE.

NOTAS

1 Citado en: "Pese a algunos avances, la salud en Colombia todavía sigue en crisis." Redacción salud. El Tiempo, 12 de enero de 2012. http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/articulo-web-new_nota_interior-10990385.html

2 Cadena, L.; Useche, B. (2011). "Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿Indignación o acomodamiento?" MedUNAB, Vol. 14(2):83-85.

3 Hart, Julian T. "The inverse care law." Lancet 1 (1971): 405-412. p.405

4. Useche, B. "De la salud pública a la salud privada: Una perspectiva global de la reforma de la salud en Colombia." Palimpsestvs: Revista de la Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. (2009): Vol. No 6: 123-131.

5. Pinto, D. Muñoz, A.L. "Colombia: Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011-2014." Banco Interamericano de Desarrollo, BID (2010). p. 39.

6. Useche, B. "TLC Colombia-Estados Unidos: Propiedad intelectual, patentes y acceso a medicamentos genéricos." Deslinde (2007), No 41: 52-69. 9

7. Eltiempo.com 26 de junio de 2008. Bogotá tendrá ciudadela de la salud. El Tiempo Sección Nación. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-4349451