

“Otra Salud es posible... Otro Estado es necesario”

La CUS no es un invento argentino

Consecuencias de su implementación en otros países de América latina
(Colombia - parte 1)

Dr. Daniel Esteban Manoukian¹

Hace 40 años que se está reformando el sector salud

En 1997 Ginés González García publicó *"Más salud por el mismo dinero"*. Empezaba preguntándose ¿qué es la reforma del sector salud? Y luego, *"si preguntamos por el sistema de salud, en cualquier país del mundo, nos contestarán: lo estamos reformando!"*. El libro, que se plantea desde una óptica a favor del rol de Estado en Salud para protección de un derecho esencial, proponía distinguir los diferentes tipos de reformas que se daban en ese momento y que desde hace cuatro décadas se discuten en el mundo.

En un contexto que ha cambiado en lo científico, cultural y social, donde la circulación de la información y la influencia para la toma de decisiones individuales y colectivas ha sufrido una transformación evidente viviendo en la actual aldea global, resulta lógico pensar que los sistemas de salud, como en otros momentos de la historia de la humanidad, deben reformarse. Ginés González García sostenía: *"... la gente vive más, la población envejece y los viejos consumen más servicios que los jóvenes. Cada vez es más caro mantener a los viejos sanos, y especialmente cada vez es más caro mantener a los viejos contentos"*. Entonces se preguntaba: *¿qué reforma debe implementarse? Y ¿hacia dónde debe dirigirse nuestro sistema?*

Pero tal como expone el Dr. Mario Hernández Alvarez, médico, bioeticista, doctor en Historia y profesor asociado del departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colombia, los procesos de reforma no pueden entenderse sin un análisis del lugar que ocupa la atención médica en el capitalismo actual. Es que como siempre y en todos los ámbitos, para entender lo que nos pasa resulta imprescindible intentar asir la complejidad resultante del devenir histórico y los diferentes contextos.

¹ Médico generalista, Hospital Zonal Chos Malal.

En este sentido y con la idea de aproximarnos a entender el fondo de medidas como la **CUS (Cobertura Universal de Salud)** propiciada por el actual gobierno nacional, ya comentada y criticada en esta columna, vale, desde nuestro punto de vista, considerar algunos antecedentes y analizar lo sucedido en regiones que se anticiparon en la implementación de esta propuesta.

Apoyándonos en las opiniones de dos grandes sanitaristas latinoamericanos, Mario Hernández Álvarez y Asa Cristina Laurell, comentaremos en tres entregas los casos de Colombia, México y Chile, que desde la década del 90' vienen implementando reformas que siguen la misma dirección que la propuesta para nuestro país. Aunque la evolución argentina no necesariamente vaya a ser la misma, entendemos que estos antecedentes deben ser tenidos en cuenta por que surgen de la misma fuente conceptual.

El caso de Colombia, un precursor suramericano

El proyecto de garantizar la atención en salud para todos, expresado en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, entró en crisis desde mediados de los años setenta. En esos años, el capitalismo industrial fordista fue impactado por la ruptura del patrón dólar-oro y el incremento de los precios del petróleoⁱⁱ.

Este impacto fue el resultado de la sobreacumulación de capital generada, precisamente, por los pactos de la segunda posguerra. Las transnacionales que crecieron entre 1946 y 1970 rompieron el saco y quebraron los pactos para ampliar sus mercados por medio de una globalización económica.

Entre las transnacionales más prósperas estaban las del **Complejo Médico Industrial** (CMI), esto es, las grandes productores de medicamentos, las productoras de equipos de diagnóstico y tratamiento, las empresas hospitalarias, las escuelas formadoras de trabajadores y profesionales de la salud y las cada vez más dominantes compañías de seguros privados de salud.

El CMI creció especialmente en Estados Unidos, país que nunca aceptó que la atención en salud fuera un derecho y que siempre le apostó al mercado libre de seguros de salud solo con subsidios estatales focalizados como el "*Medicare*" (atención médica para personas mayores de 65 años y otras más jóvenes consideradas discapacitadas por estar afectadas por algunas patologías puntuales como insuficiencia renal crónica) y "*Medicaid*" (programa federal con distintos alcances en cada estado, que ayuda con los costos médicos a algunas personas de ingresos y recursos limitados).

Aún con esos dos programas y después de las reformas impulsadas por Obama en 2010, quedan en el país referente mundial del capitalismo, aproximadamente 30% de pobres sin ninguna cobertura sanitaria (cerca de 28 millones de personas de todas las edades). En efecto, en 2010, antes del llamado "*Obamacare*", había en el país 48,6 millones de personas sin seguro médico, un 16% de la población. En 2016 la proporción de ciudadanos sin protección cayó a 27,3 millones, que hoy representan un 8,6

por ciento. Este dato resulta inexplicable en un país que destina el 17,4% de su PIB a salud, mucho más que quienes le siguen, Suecia, Suiza y Francia, que no llegan al 12 por ciento. Estados Unidos ostenta el tercer mayor gasto sanitario per cápita, 9.403 dólares al año, apenas por debajo de Suiza (9.674) y Noruega (9.522), que tienen menos de 10 millones de habitantes, pero el estado solo aporta el 48%, ocupando el lugar 117 del mundo en este aspecto. La consecuencia de estas políticas es que la salud resulta muy cara para la población y no resulta accesible para todos, y en una sociedad que tiene un problema creciente de desigualdad de ingresos, esto deja a parte importante de la población en una situación precaria y vulnerable. **Claramente no es Estados Unidos el modelo a imitar si lo que se pretende es garantizar la salud como derecho.**

Pero volvamos a América Latina. La presión para la apertura de los mercados de servicios de salud en todos los países vino de este rentable CMI. Con la financiarización provocada por las medidas monetaristas neoclásicas de los primeros gobiernos neoliberales de Reagan y Thatcher, se impulsó la idea de que era inviable la garantía de la atención universal de la salud a cargo de los Estados, como derechos o bienes comunes.

Con base en esta idea, el Banco Mundial (BM) presentó por primera vez la propuesta de "*Agenda para la reforma del financiamiento de los sistemas de salud*" en 1987. El fundamento de la agenda era la "teoría de la elección racional" de la economía neoclásica, aplicada a la salud. Desde esta perspectiva, la atención médica debía entenderse como un bien privado, dado que surge de una condición individual, se agota en el consumo del individuo beneficiado y, en estas circunstancias, las personas están dispuestas a pagar por él.

Tomando la teoría del principal-agente de Arrow, suponía el BM que la mejor forma para comprar servicios de salud de manera estable e inteligente era a través de los **seguros de salud**. Y proponía que se impulsara en todos los sistemas de salud la transición al aseguramiento individual, pero a través de la progresiva participación de agentes privados, pues concebían al sector público como ineficiente y corrupto.

En 1993 el BM presentó la propuesta de reformas mejor estructurada en su Informe Mundial titulado "*Invertir en salud*". En este informe el BM impulsaba un modelo de seguros basados en **paquetes costo-efectivos o canastas básicas**, de manera que se atrajera la inversión privada transnacional, al tiempo que se focalizaran los recursos públicos en los pobres que no pudieran pagar esos seguros.

Entiéndase como se conjugan tres aristas:

ampliar cobertura pero llegando solo con una **canasta básica** (no completa o dicho de otra manera, no con lo que la persona eventualmente necesite, sino limitada) y con **fuerte presencia del CMI**, limitando progresivamente al Estado al rol de modulador del sistema.

Nos recuerda Hernández Álvarez que después de intentar sin éxito una reforma de este tipo en México, Julio Frenk se encontró en 1995 con el ex ministro de salud de

Colombia, Juan Luis Londoño, en el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), con la diferencia de que este último sí había encontrado la ventana de oportunidad para impulsar una reforma estructural del sistema de salud. El resultado fue la promulgación de la Ley 100 de 1993 a la que volveremos más adelante.

En ese encuentro formularon la propuesta del **"Pluralismo estructurado"**, con la separación de funciones que asignaría al Estado la función de regular el mercado de aseguramiento. Así se incorporarían las aseguradoras privadas junto con las viejas instituciones de los seguros sociales en la "articulación" (gerenciadoras intermediarias) entre los fondos de "financiamiento" público: impuestos (rentas generales) y cotizaciones (aportes de trabajadores y empleadores) y la "prestación" de servicios.

Para incorporar a los pobres al aseguramiento, se implantaría un modelo de subsidio a la demanda que en Colombia se denominó **"régimen subsidiado" desde 1993** y en México "seguro popular" desde 2004 (lo analizaremos en la segunda entrega).

En 2000, el economista Joseph Kutzin, de la sección de Health, Nutrition and Population (HNP) de la Red de Desarrollo Humano del BM presentó al mundo la iniciativa de la **"Cobertura Universal en Salud"**, como la combinación de seguros, financiados por recursos públicos, por cotización obligatoria o privados, como la mejor estrategia para proteger a los individuos del "riesgo financiero" que implica la compra de la cada vez más costosa atención médica.

Desde esta perspectiva, se asume que las tecnologías en salud y los medicamentos son costosos porque incorporan un bien de alto costo que es el conocimiento. Con esto se oculta la verdadera razón de los altos costos en salud que no es otra cosa que los derechos de propiedad intelectual (DPI) defendidos por los organismos internacionales y los Estados para garantizar la acumulación de capital en el llamado "capitalismo cognitivo".

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se alineó con la perspectiva neoclásica individualista y mercantilista de la salud cuando incorporó a los economistas del BM en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud en su informe de 2000. En esta evaluación Colombia ocupó el primer puesto entre los países latinoamericanos, el puesto 21 en el mundo y el primer puesto en "equidad financiera". Era el país de la región que hacía mejor los deberes. Se podía comprobar que todo aquel que podía pagar pagaba un seguro obligatorio, los más ricos compraban un seguro privado complementario y los pobres recibían gratis el régimen subsidiado, tal como había pensado el BM que debía ser. No extrañó entonces que la 58ª Asamblea Mundial de la Salud en 2005 instara a los Estados Miembros a incorporar diferentes mecanismos para la CUS.

Hernández advierte que esto es exactamente lo que pretende hacer el gobierno de Mauricio Macri en Argentina, es decir, ir pasando poco a poco de un esquema segmentado de Obras Sociales pagado por cotizaciones y un sistema público pagado por impuestos, a uno de "aseguramiento universal" en el que algunos

recursos de las cotizaciones y de los impuestos que hoy van hacia los hospitales públicos se transformen en subsidio a la demanda, régimen subsidiado de aseguramiento o seguro popular, como se le quiera llamar, para incorporar a los pobres al mercado de seguros.

Veamos los "logros" colombianos en estos 25 años

Dado que Colombia es el mejor ejemplo de pluralismo estructurado, es necesario analizar la estructura del sistema impuesto por la Ley 100 de 1993 y sus consecuencias. Lo primero que debe entenderse es que el Sistema General de Seguridad Social en Salud es uno de los tres componentes del Sistema Integral de Seguridad Social, junto con riesgos laborales y pensiones. En los tres componentes, la lógica es la misma: dejar entrar agentes de mercado en competencia y convertir al Estado en un regulador de mercados y un subsidiario de los pobres para incorporarlos a esos mercados.

En salud, se decidió estructurar un sistema de dos regímenes principales según la capacidad de pago: **"régimen contributivo"** (RC), de cotización obligatoria para "no pobres", esto es, todo aquel que tenga un ingreso mayor a un salario mínimo; y **"régimen subsidiado"** (RS) para pobres, identificados por medio de una encuesta de hogares que clasifica a la población en seis niveles.

Los recursos públicos van a un fondo centralizado con dos cuentas: una para el RC y otra para el RS. Estos recursos son entregados a las **"empresas administradoras de planes de beneficios" (EAPB)** en la forma de una "unidad de pago por capitación" (UPC) por cada individuo, sea afiliado o beneficiario, a manera de póliza para el cubrimiento de un **"plan de beneficios" (PB)** igual para todos. Esta forma de regulación del mercado de EAPB hace que no puedan competir por el precio de la póliza individual, sino por "eficiencia" en el gasto de la UPC. Así, las EAPB están obligadas a controlar el gasto y entre menos gasten más utilidades tienen. Las viejas instituciones de seguridad social fueron obligadas a competir con las nuevas aseguradoras, pero quebraron y fueron liquidadas o vendidas.

Los hospitales públicos fueron transformados en "empresas sociales del Estado" (ESE) autónomas y autosostenibles, obligadas a vender sus servicios a las EAPB y en competencia abierta con prestadores privados. El término genérico para este mercado de prestadores es "instituciones prestadoras de servicios de salud" (IPS), y van desde consultorios privados, laboratorios clínicos y puestos de salud, hasta hospitales y clínicas de alta complejidad y especialización. Hoy en día los hospitales están en riesgo de quiebra y algunos han sido liquidados o vendidos, mientras sigue la expansión de los prestadores privados.

En este esquema es obvio que se haya alcanzado la meta de la CUS en los 20 años de implementación de la reforma, pues 97,4% de la población tiene algún seguro: contributivo, subsidiado, régimen especial de vieja guardia sostenido por la fuerza de algunos sindicatos, y seguro privado o medicina prepagada.

Entre 1994 y 2011, el PB de los pobres era más o menos el 60% de los no pobres. Aunque la Corte Constitucional obligó a igualar los planes, persisten diferencias inaceptables. Hernández Alvares recuerda que en muchos estudios se reconoce que el acceso a servicios, la calidad y la oportunidad son desiguales entre pobres, medios y ricos. Por ejemplo, las gestantes del RS tienen el doble de riesgo de morir por causas relacionadas con la gestación que las del RC, aunque tengan el mismo plan.

La estructura del sistema reproduce las desigualdades de clase, aunque haya aumentado el acceso a servicios de los más pobres. La desigualdad entre departamentos y regiones, entre la población rural y urbana, y entre etnias es evidente y tiende a reproducirse.

**Allí donde el mercado no resulta rentable,
la inversión y el acceso a servicios disminuyen.**

Esto explica por qué la disponibilidad de servicios se ha reducido en las zonas rurales con población dispersa. El modelo de aseguramiento se ha centrado en la "gestión del riesgo financiero" y ha abandonado la denominada "gestión del riesgo en salud", como el mismo gobierno reconoce.

El propio Ministerio de Salud y Protección Social sostiene a 25 años de la Ley 100 que "se evidencia obsolescencia tecnológica en el primer nivel, reducción de la capacidad instalada en el segundo nivel y crecimiento en la capacidad instalada de alta complejidad con ampliación de la participación de la oferta privada sobre la oferta pública".

La visión preventiva y de salud pública es marginal y se confunde con responsabilidades menores de los entes territoriales con pocos recursos para la implementación de un "plan de intervenciones colectivas" (PIC) de muy poco impacto. Uno de los efectos de este modelo hospitalocéntrico es, por ejemplo, que el Observatorio Nacional de Salud encontró que "Durante el período 1998-2011 se reportaron en Colombia un total de 2.677.170 muertes, de las cuales el 53% correspondieron a causas clasificadas como evitables".

La judicialización de la salud se expresa en más de 120.000 acciones de tutela por año, 70% de las cuales son por servicios y medicamentos incluidos en el PB. Esto se explica porque las EAPB ponen todo tipo de barreras para el acceso a los servicios por parte de los pacientes, con el fin de evitar el gasto de la UPC. Por otra parte, la deuda de las EAPB con las IPS públicas y privadas es exorbitante, precisamente porque tratan de evitar el pago de servicios ya prestados, para lo cual cuentan con el mecanismo de objeción de facturas (lo que en Argentina conocemos como desglose). En estas condiciones, los prestadores han flexibilizado la contratación de personal y han generado un largo proceso de precarización laboral en salud.

En síntesis, el caso colombiano muestra el predominio de la búsqueda de rentas con los recursos públicos disponibles, a expensas de la salud de la población y la reproducción sistemática de la desigualdad social.

Un sistema de este tipo resulta muy funcional al complejo médico industrial y financiero de la salud, de dimensiones transnacionales, pero no significa mejoras en la salud de la población o en la superación de las inequidades acumuladas en la región latinoamericana.

Con Mario Hernández Álvarez sostenemos que se requieren reformas en el sistema de salud, pero en base a un pacto social y político que conduzca a la verdadera universalidad e integralidad de la atención en salud, como bien común y derecho humano fundamental, sin lucro alguno en el manejo de los fondos públicos, con perspectiva territorial, democrática, pensando más en buen vivir que solo en atención de enfermedades y consumo de medicamentos y tecnologías.

Daniel Esteban Manoukian

Chos Malal, Neuquén, enero de 2018

ⁱ **GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico.** *"Más salud por el mismo dinero"*. Ediciones Isalud, Argentina, 1997.

ⁱⁱ **HERNANDEZ ALVAREZ, Mario.** *"Consecuencias de la Cobertura Universal de Salud en Colombia"* Para la revista Soberanía Sanitaria, Argentina, 2017. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/consecuencias-de-la-cobertura-universal-de-salud-en-colombia>.