Oferta y demanda de la salud en Colombia

Mercy Andrea Benavides la Cruz

Docente del Programa de Fisioterapia

Universidad Mariana

Con respecto a la demanda de los servicios de salud, se deben considerar tres fases en la toma de decisiones de un individuo: la que se inicia con la necesidad, en forma de enfermedad; la que sigue con la demanda, cuando el individuo percibe que su estado de salud requiere algún tipo de asistencia y toma la decisión de asistir al sistema sanitario; y la que finaliza en la utilización, cuando el médico ratifica que la necesidad y la atención están justificadas y el individuo recibe el servicio (atención del personal médico o estancia hospitalaria). Para explicar estas fases, dentro de las teorías económicas, se plantea la primera teoría denominada: teoría tradicional del consumidor, en la cual, la salud es un bien fundamental en la demanda del consumidor y los servicios de salud son el sistema de entrada de información; sin embargo, esta teoría trata los beneficios de salud de consumo o inversión como alternativos y, a la educación como una variable independiente (Álvarez, 2005).

Otra teoría para explicar estas fases hace referencia a los modelos económicos de comportamiento médico, que establecen que el médico no solo determina el tratamiento de acuerdo a criterios clínicos o éticos, sino que también es producto de incentivos económicos, como la renta o su tiempo libre. En cuanto a los criterios clínicos, el médico establece un nivel de sintomatología, decidiendo tratar o derivar al paciente a otros proveedores del sistema sanitario; con respecto a los criterios éticos, la preocupación de los médicos será comprobar cuál es su contribución para mejorar la salud de los pacientes tras atenderlos durante un período de tiempo. A pesar de que estos modelos consideran las demandas de los pacientes y la de los médicos, no ha generado una visión amplia del tema de demanda inducida por la oferta.

Con respecto al tema de demanda inducida por la oferta, se debe tener en cuenta que los consumidores y proveedores asumen una función activa en la determinación de la demanda de la asistencia sanitaria; sin embargo, en los mercados de asistencia sanitaria existe asimetría de la información, donde los proveedores disponen y utilizan su información para influir en la demanda de su propio interés. Para explicar este tema dentro de mercados competitivos, se debe considerar los siguientes aspectos: inducción de la demanda porque los precios no se ajustan rápidamente a cambios en la oferta y la demanda, y también aumento en la disponibilidad del personal médico, generando efectos contrarios a los esperados en los precios de las consultas. Pero el tema de inducción en la demanda no se puede identificar fácilmente, por lo cual es preciso definir métodos que permitan conocer la correlación entre la disponibilidad de servicios médicos y hospitalarios y las tasas de utilización de dichos servicios.

En efecto, para la medición de la demanda y utilización de los servicios sanitarios, esta medición se puede realizar solamente

cuando se produce contacto con el sistema sanitario; dicha información también debe tener implícita características individuales que resultan ser determinantes para la demanda de la asistencia sanitaria, para el análisis de la oferta y la demanda en nuestro país, debemos tener en cuenta que en la década de los años ochenta, el Banco Mundial (BM) fue uno de los principales financiadores de los programas de salud en América Latina. El BM asumió el liderazgo en el impulso de las políticas sociales sin el acompañamiento o asesoría de otros organismos internacionales especializados en los temas de salud como UNICEF, UNESCO o la OPS/OMS; en este orden de ideas, no tomó en cuenta el impacto social de las medidas económicas como se puede ver en el informe denominado: “El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma”, la cual fue el direccionamiento para la transformación de los sistemas de salud en un nuevo mercado para la prestación de los servicios de salud, sin tomar en cuenta las estrategias que venía financiando en la región la OMS con la Atención Primaria en Salud (APS); la agenda para la reforma se concentraba en cuatro estrategias dirigidas a que el financiamiento de los bienes privados no fueran cubiertos por los fondos estatales, ni fueran considerados como bienes mixtos, sino que la mayor parte de la financiación de los sistemas de salud, debía provenir de recursos privados. La estrategia consistía en: 1. cobro de cuotas moderadoras a los usuarios para desincentivar el uso de los servicios públicos de salud; 2. establecimiento de estímulos para desarrollar seguros de salud; 3. eficiencia en el uso de los recursos públicos y, 4. descentralización de los servicios de salud.

Este enfoque, orientado hacia la lógica del costo eficiente en los servicios de salud, promovía una transformación del Estado de Bienestar y la necesidad de proteger y cuidar la mano de obra productora de bienes y servicios generadoras de riqueza. De esta forma, se transitaba hacia la apertura y creación de un mercado que redefiniera el gasto en salud (Mora, 2014); el ingreso de la variable tarifa para acceder a los servicios de salud se va a ir implementando a escala global, bajo la misma lógica del BM y con dos objetivos: 1. obtener ingresos adicionales para financiar los servicios de salud y, 2. desalentar la demanda innecesaria de servicios de salud. De esta forma, se racionalizaría el gasto en salud y se mejoraría la eficiencia.

Este impulso de políticas imperiales sobre los sistemas de salud también ha tenido manifestaciones locales para Colombia y el sistema creado con la Ley 100 de 1993, cuatro años después de aprobado el nuevo sistema en 1993. El Banco Interamericano de Desarrollo publicó el documento de trabajo titulado: “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”(Gutiérrez y Restrepo, 2012).

El pluralismo estructurado organizó a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y la prestación de servicios. Esto se enmarcó dentro de un modelo de competencia regulada, en el cual se regula la competencia entre las aseguradoras por afiliados y, entre los prestadores de servicios porque las aseguradoras los contratan.

La articulación busca estimular la interacción entre los diferentes actores del sistema para que, más allá de los requerimientos que cada uno tiene, se permita la solvencia entre ellos y los sujetos relacionados con el sistema, para los cuales, independientemente de la estructura horizontal o vertical en la que esté definida, todos puedan optimizar sus expectativas, con la incidencia e influencia de los demás actores. Esta es una

especie de mecanismo de cooptación en el que la acción de las partes termina por impactar positivamente a los involucrados en las diferentes escalas estructurales del sistema de salud (Gutiérrez y Restrepo, 2012).

Homedes y Ugalde (2005) explican:

La Ley 100 de 1993 reformó el sistema de salud y apostó por el modelo de competencia regulada o pluralismo estructurado. Para evitar generar la inequidad producida por la reforma chilena, en Colombia se crearon un fondo de solidaridad y un plan obligatorio de servicios. El nuevo sistema se basa en el aseguramiento de toda la población mediante el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. (s.p.).

El sistema de salud de la Ley 100 de 1993 se enmarca en una fuerte intervención del Estado, a través del concepto de la «competencia administrada o regulada», que se adecua al esquema de la tercera vía y la supuesta superación del neoliberalismo, se trata de una política pública que configura la mejor combinación entre mercado y Estado. Tanto mercado hasta donde sea posible, en donde la salud pasa a ser considerada como mercancía y, en consecuencia, un bien privado que requiere de ser comprado en el mercado para su acceso, pero hasta donde sea necesario, pues a través de políticas de focalización, el Estado entrega subsidios de salud. También le corresponde al Estado regular y ocuparse de las funciones de inspección, vigilancia y control y el correcto funcionamiento del mercado de la salud.

El diseño del sistema de salud ha atravesado por una multiplicidad de actores dentro del sistema, entre públicos y privados, así como asociaciones público-privadas y otras instituciones, en donde a cada una se le asigna un rol y funciones específicas, con un fuerte carácter técnico y especializado. Por ejemplo, los ciudadanos hemos tenido que familiarizarnos y entender las formas burocráticas para acceder a los servicios de salud, con siglas como: EPS, ARS, EPS-S, EPS-C, IPS, ESE, FOSYGA, UPC, POS, POS-S, entre otras. La generación de un mercado de la salud y las asociaciones público-privadas exigen múltiples regulaciones y diseños de gestión y control, que intentan lograr un equilibrio entre el lucro privado y el interés público. Se pretende a partir de la regulación, generar los incentivos correctos para obligar a los diversos actores que participan en el sistema, a seguir los comportamientos adecuados y hagan elecciones racionales en el mercado de la salud.

El agotamiento del modelo neoliberal de reforma del sector de la salud es cada día más evidente. La reforma de salud neoliberal ha fracasado porque el modelo está fundamentado en principios económicos de rentabilidad y beneficio como que: el sector privado es más eficiente que el público y, por ello, la función del Estado no es producir bienes y servicios, sino regular; un mercado libre y competitivo genera bienes y servicios de mejor calidad que un mercado monopolístico; cuanto más cerca de la base se toman las decisiones, es más fácil controlar la corrupción, se atiende mejor a las necesidades locales y más satisfechos quedan los usuarios; y para incrementar la eficiencia y productividad de los servicios es necesario contar con una fuerza laboral flexible (Ugalde y Homedes, 2005).

Es así como el Sistema General de Seguridad Social en Salud, no ha avanzado para garantizar el acceso universal a los servicios de salud y en eliminar las desigualdades existentes en los grupos poblacionales (Hernández y Vega, 2001). Lo anterior se reafirma con escasos estudios realizados frente a la medición del acceso

y uso de servicios de salud en el país, debido a que la mayoría de investigaciones centran su objeto de estudio en la cobertura, a semejanza de los estudios de demanda, indicando datos de medidas de progreso en materia de equidad en el acceso y uso de servicios de salud. Dichos estudios se han reducido a la disponibilidad de los servicios de salud, pero fallan en reconocer que estas medidas son insuficientes para mostrar, si quienes requieren atención pueden hacer uso efectivo de los servicios de salud, si estos están disponibles y cuáles son las barreras para acceder a ellos. El Sistema de Salud aplica la premisa neoclásica, donde el mercado es el mejor distribuidor de los recursos y la competencia un impulso favorable a la calidad y la contención de costos (Laurell y Ronquillo, 2010).

El eje de la lógica del seguro colombiano es la compra-venta de servicios a la persona y el financiamiento a la demanda, lo cual minimiza la salud de la colectividad y obstaculiza las acciones de salud pública. Teniendo en cuenta estas dificultades en cuanto a la demanda de los servicios de salud en el país, se podría plantear que la población pobre excluida gasta más en salud y, como consecuencia, usa menos los servicios o se ve obligada a sustituir la medicina institucional por la automedicación, los remedios caseros y la medicina tradicional. Además, las dificultades del modelo de aseguramiento basado en subsidios a la demanda por barreras económicas para el acceso real a los servicios de salud, por parte de la población, se han planteado como una de las más fuertes críticas frente a la política de focalización del sistema de salud.

Por lo tanto, en Colombia, la posibilidad de la universalización del acceso de la población a la atención médica y de la igualdad en su uso de acuerdo con la necesidad, ha ganado espacio político con la iniciativa de un modelo universal de seguridad social. Sin embargo, esta oportunidad ha estado amenazada por la racionalidad neoliberal propia de la Ley 100 y de muchas de las políticas de salud del país, que no solo han generado nuevas y mantienen viejas inequidades, sino que también han acentuado la ineficiencia del sistema.

Referencias

- Álvarez, M. (2005). Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda, 129–162.
- Gutiérrez, J. y Restrepo, R. (2012). El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social. *Rev Sociedad Y Economía*, 23, 183–204.
- Hernández, A. y Vega, R. (2001). El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud (Bogotá)*, 1(1), 48–73.
- Laurell, A. y Ronquillo, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud Colectiva*, 6(2), 137-148.
- Mora, D. (2014). *Las formas jurídicas (pos)neoliberales desde Colombia: el sistema de salud en las dinámicas lucro-destructivas del derecho útil al capital*. Universidad del Rosario.
- Ugalde, A. y Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 202–209.