

LA SALUD EN COLOMBIA: ¿QUÉ TAN MERITORIO Y PÚBLICO ES ESTE BIEN O SERVICIO?

CARLOS ARTURO MEZA CARVAJALINO*

RESUMEN

La controversia en la prestación del servicio de salud en Colombia se plantea desde distintos ámbitos, tanto en las instituciones del Estado como en la esfera académica, situación que afecta el desarrollo de la política del sector de la salud, por encontrarse este servicio asociado y vinculado con los derechos económicos, sociales y culturales. Además por el desconocimiento del principio que en esencia le define como un bien que, por sus características, es meritorio. Lamentablemente, en la práctica se convierte en un bien público preferente.

Palabras Claves: Colombia, salud pública, bienes meritorios, bienes preferentes.

* Economista Universidad Central, Magíster en Planificación y Administración del Desarrollo Regional Universidad de los Andes (CIDER), Magíster en Ciencias Económicas Universidad Santo Tomás, Profesor Investigador Facultad de Economía, Universidad de La Salle. e-mail: carlosamezac@hotmail.com

Fecha de recepción: 25 de abril

Fecha de aprobación: 15 de agosto

HEALTH SERVICE IN COLOMBIA: ¿HOW MERITORY AND PUBLIC IN THIS GOOD OR SERVICE?

ABSTRACT

The controversy in the delivering of the public health service in Colombia it is deployed in a different manner, either in the public institutions or in the academic arena. This situation affects the development of the public health sector policy given that this service is associated with the economic, social and cultural rights and the misrecognition of the principle that, essentially, this service should be a meritory one given its characteristics but in the practice its becomes in a preferential public good.

Key words: Colombia; public health; meritory goods; preferential goods.

Introducción

El servicio de salud en Colombia es un tema que ha despertado en las diferentes disciplinas del conocimiento y en el ámbito de la planeación y de las políticas públicas, debates alrededor de su prestación. Lo controvertido del bien¹ nace del hecho de estar asociado con los derechos económicos, sociales y culturales, DESC, y ante todo vinculado con la vida. Por esto los juristas, en defensa de los derechos fundamentales, lo vuelven análogo, asociándolo como derecho fundamental y, por ende, el servicio de salud, en la lógica del derecho, es tutelable.² Los planificadores lo relacionan a la productividad del ser humano como elemento del capital humano del país, como fuerza motora del desarrollo. De la misma manera el DANE lo asume como parte de la canasta de bienes y servicios. En fin, alrededor del bien hay un sinnúmero de conceptos que en muchas ocasiones se distorsionan en la práctica, con la concepción del servicio de salud implementado en Colombia a través de la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS-).

Este servicio, en términos de una perspectiva histórica, ha pasado de un modelo de intervención estatal asistencialista, a un nuevo esquema económico de competencia regulada. Este último acompañado del impulso de un proceso de descentralización, regulación y competencias del mismo, de una gradual privatización en la atención y con énfasis en la solidaridad para quienes carezcan de medios para pagar su atención.

¹ Los bienes públicos (bienes sociales o colectivos) son bienes o servicios que producen beneficios colectivos para los miembros de la sociedad. (KARL Case / RAY Fair. 1992)

² En el Título II Capítulo I consagró el derecho a la vida como derecho fundamental y el derecho a la salud conexo a éste, ha dicho la Corte Constitucional S. T-494-93, que la salud e integridad física son objetos jurídicos identificables que nunca están separados de la vida humana. Concordante con el Artículo 49 se tiene que el derecho a la salud es un servicio público a cargo del Estado.

La disyuntiva en la prestación del servicio de salud (el deber ser y lo que es)

En medio de la controversia en la prestación del servicio público de salud, y el deber ser del mismo, éste, por ser considerado público³ y garantizado por el Estado bajo el esquema del modelo de competencia regulada, debería en la lógica económica cumplir con los dos requisitos fundamentales, (no excluyente, no rival) toda vez que la Constitución del 91, en su Artículo 48, estableció que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio. Sin embargo, en la práctica es excluyente y rival,⁴ toda vez que el Artículo 202 de la Ley 100 de 1993, consideró que para acceder a la prestación del servicio de salud al régimen contributivo, tal vinculación se debe realizar a través del pago de una cotización.

Ahora bajo estos principios y dadas las reglas del juego, se entiende que para efectos de acceder a este servicio público, lo fundamental es tener capacidad de pago, lo que hace pensar desde la óptica y lógica de mercado, y racionalidad de un consumidor de servicios de salud que se encuentre en la categoría ocupacional independiente, tendría que asumir su costo y por ende el bien salud entraría a competir con los otros bienes de la canasta familiar. Bajo esta presunción, nos encontraríamos frente a un bien económico, es decir, dada una restricción presupuestal y con la atenuante de la obligatoriedad⁵ de consumo, el consumir tendría que priorizar este servicio ante los otros bienes, y por ende la libre elección racional se vería “afectada” por una norma, al no permitirle al consumidor la libre escogencia entre los demás bienes.

De ahí surge la pregunta ¿aquellos agentes pertenecientes a la categoría ocupacional, independientes, de escasos recursos, estarían dispuestos a sacrificar de una canasta de bienes y servicios constituida por siete grupos básicos (alimentos, vivienda, vestuario y calzado, productos farmacéuticos y asistencia médica, educación cultural y esparcimiento, transporte y comunicaciones, otros gastos)?

Dada una restricción presupuestal y en orden de prioridades ¿los agentes estarían dispuestos a sacrificar las cuotas de salud, por las de alimento, vivienda, vestuario

³ Los bienes públicos, en una economía de mercado sin regular, sin un gobierno que se encargue de su producción, en el mejor de los casos se producirían en cantidad insuficiente y, en el peor, no se producirán en absoluto.

⁴ Consumo sin rivales. Una característica de los bienes públicos: El hecho de que una persona disfrute de los beneficios de un bien público no interfiere con el hecho de que otra lo consuma.

⁵ Ley 100 de 1993 Artículos 187 y 204

u otros bienes o servicios? ¿Por el hecho que la Ley 100 de 1993 establezca que aquel trabajador de categoría independiente que genere más de dos salarios mínimos legales vigentes, debe estar en el régimen contributivo, con el agravante de no ser atendido si no se encuentra a paz y salvo con el SGSSS? ¿Estarían dispuestos estos trabajadores de escasos recursos a cotizar sobre los verdaderos ingresos? Éstos y muchos interrogantes hay que resolver desde lo académico hasta lo institucional. O ¿será que estamos fuera del contexto y lineamientos de lo planteado por la Organización Mundial de la Salud, OMS, quien manifiesta que la salud es un servicio que permite el disfrute de un completo estado de bienestar físico, emocional y social?

Si asumimos los ideales de la OMS en cuanto al deber ser, estaríamos frente a otra categoría de bienes y nos ubicaríamos en un bien meritorio, es decir, aquél al que todos los individuos de una sociedad tienen derecho sin importar la capacidad de pago y su condición socioeconómica (Castaño 2000, p. 26). Pero dadas las condiciones, las realidades del mercado de salud son otras, y en la práctica el “deber ser” es derrotado por “lo que es”.

Sin embargo, no hay que desconocer que existen muchos bienes que, suministrados por el sector público, son rivales en el consumo, excluyentes, o ambas cosas a la vez, como también, en una economía de mercado sin regular, sin un gobierno que se encargue de su producción, en el mejor de los casos se producirían en cantidad insuficiente y, en el peor, no se producirán en absoluto. Pero como se anotó, estamos frente a un mercado regulado y para la afiliación o aseguramiento la variable relevante es la capacidad de pago, es decir que este no es un bien público puro ni meritorio puesto que no cumple con las dos características de ser no rival ni excluyentes. ¿Entonces que tipo de bien o servicio es la salud? Para dar una respuesta, hay que darle una mirada a los economistas de lo público.

La salud es un servicio que permite el disfrute de un completo estado de bienestar físico, emocional y social.

El por qué el servicio de salud es un bien preferente

Stiglitz (1995) plantea que los bienes públicos que el Estado obliga a consumir, caen en la categoría de bienes públicos preferentes. Asumiendo la posición categórica de Stiglitz, el capítulo 1⁶ es tácito en afirmar que el aseguramiento, en ambos regímenes, exige su obligatoriedad y capacidad de pago, sea por el asegurado o bien por una cuota subsidiada. En esta disyuntiva conceptual, que lleva más de diez años, aún no se ha entendido que la Ley lleva implícito el carácter “impositivo de la contribución parafiscal” para los empleados dependientes y que los independientes, lo asumen como “un tributo” más, que les restringe su capacidad real de pago.

Dentro del debate de la prestación del servicio público de salud, algunos economistas argüirán sobre las relaciones matemáticas al interior del modelo; otros pondrán a prueba los sentimientos morales, la libertad de elegir y el desarrollo como libertad. Los profesionales de la salud, muy seguramente después de diez años de la Ley 100 de 1993, habrán asimilado su papel de funcionarios (empleados) de las EPS e IPS, y los Hospitales, empresas jugando su papel de productores de servicios de salud.

Dentro del nuevo modelo, las entidades oferentes de este servicio entran a jugar un papel importante y fundamental dentro del modelo económico y en el proceso de aseguramiento y atención de sus clientes, bajo los principios del mercado, en la libre competencia por el aseguramiento de la población.

De hecho, el modelo implementado se caracteriza porque el Estado cumple un papel regulador y controlador y delega a los particulares la atención con calidad. La dinámica del modelo de atención de salud ha conducido a la aceptación tácita de la existencia de un mercado de salud, en medio de una situación donde no ha sido posible corregir profundos desequilibrios e inequidades en la prestación del servicio. Dicho en pocas palabras, aún el modelo no ha madurado y de hecho no se han obtenido las metas de cobertura universal, no se han adecuado servicios de calidad y las políticas de promoción encuentran obstáculos estructurales para lograr sus metas.

En síntesis, se puede afirmar que mientras la salud y el bienestar van por un lado, la adecuación de un modelo mixto de competencia regulada, va por otro, origi-

⁶ Artículo 202 Régimen Contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización. De igual manera el aseguramiento en el régimen subsidiado, el servicio de salud, lo define el artículo 211 como: *el régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al SGSSS, toda vez que el pago de una cotización total o subsidiada, total o parcialmente.*

nando una disyuntiva que conduce a la presencia de problemas vitales de aseguramiento, calidad, atención, elusión y evasión de aportes, que ha traído como consecuencia la desestabilización financiera del SGSSS y la discusión alrededor del gran contrato social en donde por Ley debía haber sinergia entre los tres agentes principales del modelo de salud: Estado – Mercado – Solidaridad. Aún siguen generándose controversias con la nueva legislación y reformas del SGSSS. Por esto las disciplinas académicas como el Derecho, Economía, Medicina, entre otras, al igual que las instituciones públicas y privadas, deberían dialogar bajo los mismos principios con el objetivo de lograr un fin común, y no seguir como en los actuales momentos, en que a fin de cuenta, el mercado terminó imponiéndose sobre el Estado, cuando la lógica está dada en la tríada Estado - Mercado - Solidaridad, que son los tres pilares del desarrollo.

Bibliografía

- García, Jaime, “La unidad de pago por capitación”, *Revista CIFE*, No 2, U. Santo Tomás, Bogotá, D. C., s.f.
- Geidión Úrsula, (1998) *La Unidad de Pago por Capitación y el Equilibrio Financiero del Sistema de Salud*. Fedesarrollo; Fundación Corona; FES Bogotá, D. C., I Edición.
- Harvard University, (1996), *La reforma de la salud en Colombia y el Plan Maestro Bogotá*, Escuela de Salud Pública, U. Harvard.
- Jaramillo, Iván, (1999), *El futuro de la salud en Colombia*, IV edición, FES
- Karl Case, Ray Fair, (1992), *Fundamentos de economía*, Editorial Prentice Hall
- Ministerio de Salud, *La salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud. Minsalud, DNP, 1990.
- Meza, Carlos, *Impacto nacional y en la región Bogotá de la evasión y elusión de los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Universidad de los Andes. CIDER, Documento No 5, mayo de 2003, trabajos de grado, CIDER.
- Pindyck, Robert, (1995), *Microeconomía*, III Edición, editorial Prentice Hall Colombia..
- Pizza, Roberto, (1998), *Proyecto de mecanismo de fiscalización y control de la evasión y elusión de los recursos FOSYGA*, Ministerio de Salud, Bogotá, 1998
- República de Colombia, *Constitución Política de 1991*.
- _____, *Constitución Política de Colombia*, Ley 10 de 1990.
- _____, *Constitución Política de Colombia*, Ley 100 de 1993.
- _____, Ley 715 de 2001.
- Stiglitz, Joseph, (1995), *La economía del sector público*, Editorial Antoni Bosch: España.