



MERCANTILIZACIÓN DE LA SALUD

Jerson Arias Acevedo .*

Asistimos al tercer pico de la pandemia del coronavirus en Colombia. El alto nivel de infección desbordó el sistema de salud. Muchos pacientes contagiados mueren esperando la debida atención médica, incluso en sus casas. La ocupación de las camas UCI, según algunos registros, sube al trescientos por ciento y el personal escasea ante la crisis hospitalaria.

Lo cierto, en todo caso, es que esta situación ha prendido las alarmas. Tanto así que diversos entes trabajan para “normalizar” la cotidianidad. Mientras unos gobiernos y grandes corporaciones implementaron algunas mejoras en la atención a la pandemia; otros, simplemente, nos arrojaron al sálvese quien pueda, bajo el sofisma del autocuidado.

En tanto algunos sectores están más enfocados en sacar a flote la economía, otros proponen alternativas para mejorar el servicio de salud. Estos últimos, pensando en garantizar un derecho, aún en contra del negocio privado. Sin embargo, muchas de estas aspiraciones altruistas son irrealizables porque, desde la ley 100 de 1993, la salud funciona bajo los principios empresariales de eficiencia, rentabilidad privada, y extracción de rentas públicas territorial y nacional y las cotizaciones que realizan los afiliados.

Ahora bien, esta racionalidad neoliberal no es gratuita, obedece a la esencia misma de la Constitución política del 91. Por esta razón, las enmiendas a la ley 100 serían insuficientes para desmercantilizar la salud. A modo de hipótesis, *si queremos un acceso digno, y no una simple reforma, debemos cambiar la Constitución.*

* *Economista e investigador.*

Se puede evidenciar el carácter neoliberal implícito en la Constitución Nacional que hace de la salud una mercancía donde las empresas privadas pueden participar, no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en el aseguramiento a través de las EPS, más exactamente como intermediadoras financieras que administran recursos públicos.

Para intentar sustentar esta idea, se desarrollarán los siguientes elementos. Primero, la esencia neoliberal contenida en nuestra Carta magna y normas relacionadas con la salud. Segundo, una aproximación al Proyecto de ley 010. Tercero, un análisis sobre el impacto de las multinacionales de la salud en Colombia. Y quinto, proponer un debate sobre la mercantilización y sus efectos sociales.

I. Constitución y ley 100

La pandemia del covid-19 ha permitido, en mayor medida, visibilizar las condiciones económicas y sociales del sistema de salud. Ha develado una crisis que venía agudizándose desde hace tiempo. Incluso, si miramos bien, fue la misma Constitución Nacional de Colombia la responsable de abrirle la puerta al capital privado. Esto se lee claramente en su artículo 48 cuando dice que:

(...) El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social² que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley (...)

Así las cosas, se puede evidenciar el carácter neoliberal implícito en la Constitución Nacional que hace de la salud una mercancía donde las empresas privadas pueden participar, no sólo en la prestación de servicios de salud, sino en el aseguramiento a través de las EPS, más exactamente como intermediadoras financieras

² La seguridad social es el conjunto armónico de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y está conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos laborales, subsidio familiar y los servicios sociales complementarios que se definen en la ley (Ley 100 de 1993, artículo 8).

que administran recursos públicos. Por tanto, podemos ver que la mercantilización del sistema de salud y la administración de sus dineros públicos por particulares ajenos al Estado es un problema de orden constitucional y no sólo de normas menores como la ley 100. Es más, en el artículo 5 de la ley 100 de 1993 se explicita que esta es resultado del desarrollo del artículo 48 de la Constitución Nacional, por lo cual, no se puede afirmar que esta ley esté en contravía de la *norma de normas* en este aspecto, todo lo contrario, hay concordancia entre ambos niveles normativos.

Como la ley 100 se caracteriza por delegar en entes privados como las EPS la prestación y el aseguramiento del servicio de salud, sería ingenuo exigirle el derecho de la asistencia médica al capital, máxime cuando su lógica es la ampliación de la ganancia. Luego entonces, persiguiendo este objetivo, la empresa privada buscará reducir costos afectando la calidad y oportunidad del servicio.

Otro elemento para el análisis es que el crecimiento de los afiliados por EPS no es proporcional a la infraestructura para atender sus necesidades médicas. Por ello, las citas con especialistas y procesos quirúrgicos son pésimas, pueden demorar meses, y en esa espera se agrava y fallece el paciente.

A nivel administrativo, es probable que la presentación de información contable no sea muy transparente. Las habituales prácticas indebidas³, para negar o dilatar pagos y las glosas⁴ a la facturación de las clínicas externas a la EPS y la red hospitalaria estatal, se convierten en deudas a estas entidades. Sin olvidar la desviación y apropiación de recursos destinados a la salud por parte de las Entidades territoriales. Tal es el caso que la procuraduría general de la nación informa que, al cierre

³ Entre las prácticas indebidas que utilizan las EPS para no pagar a los hospitales y clínicas privadas tenemos: No cumplimiento de pago según la norma, devolución de facturas de forma extemporánea, no atender procesos de conciliación para cobro de cartera, no realización de pagos en las fechas acordadas, entre otras (Viáfara, 2021).

⁴ Entre las glosas más comunes tenemos: La diferencia de precio de los medicamentos e insumos pactados y los que se les suministran a los pacientes, la valoración de pertinencia que realiza la EPS sobre la atención médica, los servicios y medicamentos no incluidos en los convenios entre EPS y Hospital, entre otras (Viáfara, 2021).

del año fiscal 2019, las EPS le adeudan a la red pública hospitalaria y clínicas privadas la suma de 28 Billones de pesos, y otros 11 Billones de pesos son adeudados por parte de las Entidades Territoriales y la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-Adres (El Tiempo, 2020).

II. Proyecto de ley 010

El proyecto de ley 010, que fue archivado en el congreso por la presión popular en las calles, planteaba en uno de sus artículos eliminar la obligatoriedad del régimen subsidiado para que contrate el 60% de su facturación con la red pública hospitalaria, situación que profundizaría aún más la crisis de los hospitales. De forma similar, en otro artículo proponía la conversión de las EPS de administradoras de recursos públicos a administradoras comerciales, este cambio en la función social de la EPS generaría un tránsito en la administración de los dineros públicos para ser considerados como ingresos empresariales y no de destinación específica para la salud, como hasta ahora está contenido en la norma, otro estímulo más al capital privado (Hernández, 2021).

En otros apartes del archivado proyecto de ley 010 se trata el tema de la verticalización⁵ y conglomerados⁶ en salud, que no es otra cosa que la participación de grupos económicos en las EPS con sus propias redes de prestación de servicios hospitalarios, consulta médica, laboratorio clínico, etc. No obstante, ya existe en la actualidad esta integración entre aseguradores y prestadores bajo un mismo grupo empresarial, sólo que esta norma posibilitaba en mayor medida llegar a todo el territorio nacional a través de la regionalización de la salud con aseguradores únicos e integrando departamentos, municipios y áreas rurales con población dispersa, es decir, una mayor cuota

⁵ La verticalización es cuando se concentra bajo un solo grupo empresarial las funciones de proveedor y cliente, es decir, EPS y red prestadora de servicios de médicos de salud.

⁶ El conglomerado es un conjunto de firmas pertenecientes al mismo grupo empresarial, no necesariamente las actividades de estas empresas se relacionan entre sí, por ejemplo, en Colombia existen EPS que tienen su propia red hospitalaria, consultorios médicos, farmacias y otras actividades relacionadas, sin embargo, este grupo empresarial también tiene firmas en el sector inmobiliario, supermercados, complejos recreacionales, sector educativo, etc.

estable de mercado al conformar monopolios regionales que concentran toda su población y canalizan más dinero al sumar más afiliados a la EPS (Hernández, 2021).

Otra de sus propuestas planteaba la creación de los llamados centros de excelencia para atender patologías de enfermedades crónicas como cáncer, renales, enfermedades huérfanas, rehabilitación y similares. De esta forma se perseguía generar un ambiente jurídico y económico acorde a un mayor desarrollo del complejo médico industrial en Colombia, y su concentración por especialidades en algunas ciudades y regiones específicas, articulando de forma simultánea las capacidades de asistencia médica, alta complejidad tecnológica, investigación, docencia y canalización de fondos públicos y pólizas de seguros médicos individuales para la financiación de este enfoque de la salud soportado en la enfermedad. Además de ser un gran negocio para el desarrollo de la industria farmacéutica de alto costo complementaria a las enfermedades crónicas (Martínez, 2021).

Este proyecto de ley 010 impactaría aún más la debilitada red pública hospitalaria, los hospitales universitarios dedicados a la investigación quedarían bajo las directrices del capital privado a través de figuras administrativas conocidas como alianzas público-privadas. Sin embargo, estas modalidades de alianzas privatizadoras ya están legalizadas en el país. Esto no es algo nuevo, por ejemplo, los hospitales de Apartadó, Puerto Berrio y Barranquilla, están administrados por empresas privadas. Lo novedoso en este proyecto sería la creación de un fondo público con dineros del Estado (Martínez, 2021). La intención se enfocaba en continuar la tendencia de concentración de las redes de prestación de servicios de alta complejidad y especialización en las grandes ciudades.

III. Multinacionales negociando con la salud

Sin embargo, el archivo de este proyecto de ley es un triunfo temporal del pueblo en las calles, ya que los grupos económicos, que dominan gran parte del mercado de la salud, tienen representación en las instituciones, el ejecutivo y el parlamento. Por ende, los oligopolios compuestos por capital nacional y multinacional van a continuar mercantilizando al máximo la atención médica.

De tal suerte que, si les queda muy difícil realizarlo a través de leyes que deben pasar por discusión en el congreso, lo realizarán por partes a través de resoluciones y decretos, como ya lo han hecho antes (Vega, 2021). El objeto: profundizar el neoliberalismo, monopolizar el mercado de la salud reduciendo la red hospitalaria estatal a su mínima expresión, liquidar y privatizar hospitales, generar condiciones de rentabilidad para el capital privado internacional, comprar a bajo precio o alquilar la infraestructura pública hospitalaria y reorganizar geográficamente la prestación de servicios médicos de salud.



Fuente: Periódico La República, 2020.

Un dato importante: Actualmente hacen presencia en Colombia multinacionales españolas, norteamericanas, danesas, mexicanas, peruanas, entre otras, y vienen adquiriendo y construyendo infraestructura médica, farmacias, servicios de ambulancias y capacidad instalada que se concentra en las ciudades de Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali.

El conglomerado español Quironsalud, subsidiaria de la multinacional alemana Fresenius, especializada en nefrología, adquirió el complejo médico Las Américas, la clínica de obstetricia y ginecología El Prado, CediMed, el Centro Médico

Imbanaco, la Clínica de la Mujer, 7 clínicas renales en todo el territorio nacional, 12 centros de nefroprotección. Además de ser fabricante de equipos tecnológicos para diálisis (CCB, 2020).

Igualmente, el grupo español Keralty adquirió la EPS Sanitas con su red prestadora de servicios sanitarios y de medicina prepagada, la Fundación Universitaria Sanitas que ofrece programas de medicina y enfermería, la Clínica Reina Sofía; y construyeron la Clínica Universitaria Colombia, la Clínica Infantil Santa María del Lago, la Clínica de Chía, además de centrales de urgencias y centros de servicios médicos; en Cali construyeron la Clínica Sebastián de Belalcázar; en Barranquilla la Clínica Iberoamérica y varios centros médicos en Medellín (Arcila, 2020).

La multinacional norteamericana UnitedHealth adquirió en el 2018 la Clínica del Country, la Clínica Colina en Bogotá, la Clínica Portoazul en Barranquilla, Colmédica Medicina Prepagada y la EPS Aliansalud, además de cotizar sus acciones en la bolsa de valores de los EE. UU y ofrecer seguros de salud a 75 millones de personas en el mundo (Arcila, 2020). El también grupo empresarial norteamericano, Steward Health Care International adquirió el hospital San Rafael y Centenario en Bogotá en el 2020, y los Nevados de Pereira (CCB, 2020). También, la multinacional norteamericana Christus Health adquirió en el 2016 la EPS Coomeva (Archila, 2020)

Por otro lado, el grupo empresarial peruano AUNA adquirió la Clínica del Sur de Las Américas en Envigado y construye otra. Y adquirió el Laboratorio Médico Las Américas. Cabe resaltar, la especialización en la rama del tratamiento contra el cáncer de este grupo empresarial que en el 2008 adquirió el Centro Oncológico privado más antiguo de Perú que cuenta con 6 clínicas en ese país, 30 años de experiencia, investigación y docencia (Arcila, 2020).

IV. Mercantilización y efectos sociales.

Por consiguiente, en Colombia se viene consolidando un mercado de la salud donde el sector privado, con la administración directa de recursos públicos para su financiamiento, alcanza al día de hoy una participación del 60%, y continúa en expansión con nuevas clínicas, centros de imágenes

En Colombia se viene consolidando un mercado de la salud donde el sector privado, con la administración directa de recursos públicos para su financiamiento, alcanza al día de hoy una participación del 60%, y continúa en expansión con nuevas clínicas, centros de imágenes diagnósticas, laboratorios, centros de urgencias, investigación, docencia, entre otros.

diagnósticas, laboratorios, centros de urgencias, investigación, docencia, entre otros. Al punto que cada vez ingresan más multinacionales de la salud al país.

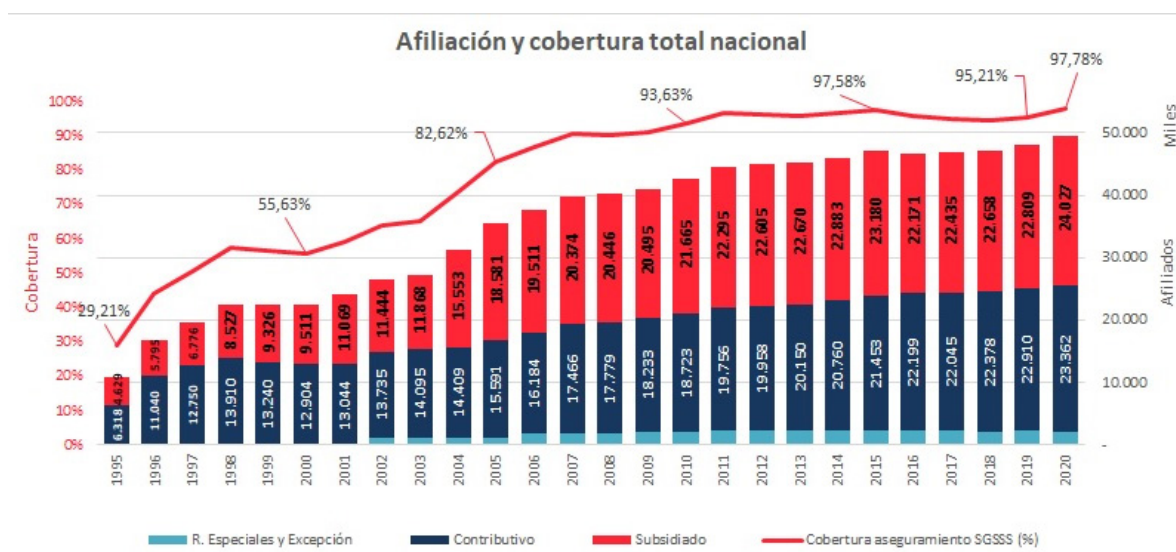
Ahora, los grupos económicos nacionales y extranjeros, vinculados al negocio de la salud, financian la compra y construcción de infraestructura hospitalaria y oficinas administrativas con los mismos dineros públicos que son transferidos por parte del Estado, es decir, no provienen de inversión privada como se ha querido mostrar. Inicialmente solicitan créditos bancarios o con dineros de los inversionistas de su compañía adelantan los procesos de adquisición o construcción de capacidad instalada, y posteriormente recuperan ese dinero con la extracción de rentas públicas transferidas desde el Estado hacia su EPS (Corcho, 2021).

De esta forma las empresas privadas logran, en corto tiempo, construir, mejorar y ampliar su capacidad clínica de baja, mediana y alta complejidad. Todas con tecnología de punta que les permite reducir costos y avasallar la red hospitalaria estatal. Como la red pública está desfinanciada y cada vez recibe menos presupuesto de la nación, no tiene las mismas posibilidades para ampliar e innovar su capacidad médica. Sin recursos, no logran reemplazar la tecnología de los equipos biomédicos que quedan obsoletos con los años. Por ello, está en desventaja para competir con la empresa privada. De hecho, los presupuestos asignados a los hospitales no alcanzan ni para cubrir la nómina de los trabajadores, muchos de ellos tercerizados con contratos de prestación de servicios. Lo peor del caso, como resultado de los dineros adeudados por parte de las EPS y las entidades territoriales, es que se llega al extremo de no tener recursos para adquirir insumos y medicamentos.

En este contexto se instala el discurso de la eficiencia y la autosostenibilidad de los hospitales como estrategia ideológica del Estado para evadir su responsabilidad. No obstante, los hospitales públicos⁷ no pueden ser autosostenibles porque esto significaría vender servicios de salud y negarlos a quien no tenga dinero para pagar. Significaría, funcionar como una empresa privada, negando el derecho a la salud. En suma, significaría dejar morir a los más vulnerables.

Como efectos sociales de este sistema de salud tenemos: Primero, los usuarios no pueden elegir ni siquiera la EPS a la que se quieren afiliar, porque ello depende del lugar de residencia, su capacidad económica y de las EPS que tengan presencia en el territorio, municipio o departamento, mucho menos pueden escoger la clínica u hospital donde quieran ser atendidos, pues depende de los convenios y red propia de la aseguradora. Segundo, producto de la concentración de la medicina de alta complejidad y especialización en las grandes ciudades, obliga a que los pacientes y sus familias realicen enormes proezas para desplazarse hacia estos centros urbanos que permitan aliviar sus padecimientos y salvar sus vidas.

Comportamiento histórico de la afiliación al Sistema de Salud



Fuente: Ministerio de la salud y la protección social, 2021.

⁷ Vale aclarar que la función de un hospital no es mercantil, su objeto es el bienestar de la población y atender a los pacientes tengan o no dinero para pagar. Por ello, necesita destinación presupuestal de nuestros impuestos para sostener y garantizar en el tiempo la prestación de servicios sanitarios.

Tercero, los promotores de la ley 100 insisten en sostener que esta norma ha permitido ampliar la cobertura de los servicios de salud al 97% de la población colombiana, pero, el hecho de estar afiliado no garantiza en la práctica un acceso oportuno y de calidad a la asistencia médica. Es decir, la disparidad de los dineros destinados hacia los regímenes contributivo y subsidiado es tangible y alarmante. Permítame explicar, de los 50 Billones de pesos anuales presupuestados para el sistema de salud, el 43% de estos recursos se direccionan a las EPS del régimen contributivo que atienden a 23 millones de personas, mientras que las EPS del régimen subsidiado reciben el 16% de estos dineros para atender a una población de 24 millones. Cuarto, los dineros adeudados a la red pública hospitalaria por parte de las EPS de ambos regímenes, afectan en mayor medida a la población de menores ingresos (Naranjo, 2021).

Quinto, la informalidad precarizada y la pobreza agudizan aún más el acceso a la asistencia médica en salud. Según el DANE, la informalidad laboral al cierre del 2020 alcanza el 49% a nivel nacional. Además, de la escandalosa cifra de la pobreza que asciende al 42%, hay personas que reciben ingresos iguales e inferiores a 621.892 pesos al mes. Esta situación afecta aún más el acceso a servicios médicos de salud, ya que en muchas ocasiones los pacientes deben pagar de su bolsillo las consultas médicas, medicamentos y exámenes que las EPS niegan o demoran utilizando barreras⁸ de acceso que ellos mismos crean para aumentar su rentabilidad, al punto que anualmente se registran alrededor de 350.000

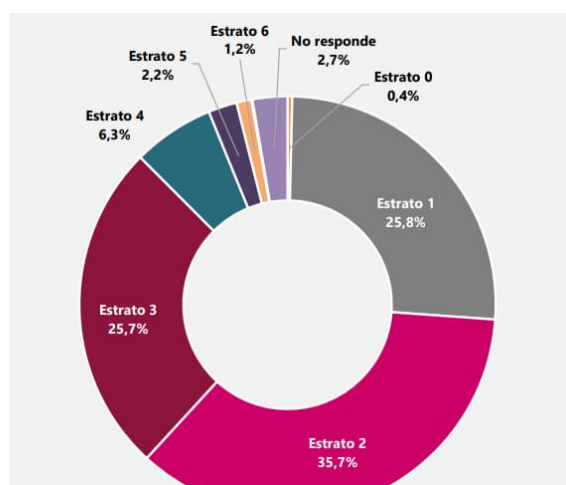
⁸ Dificultades técnico administrativas para el acceso oportuno y de calidad a la asistencia médica, tienen que ver con requerimientos que piden las EPS para autorizar un servicio, como también, a la falta de disponibilidad local de servicios sanitarios de mediana y alta complejidad.

tutelas exigiendo asistencia médica de servicios que se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud (Castro, 2021). Sexto, pobreza multidimensional, que es mucho más amplia que la carencia sólo de ingresos, se relaciona con la falta de agua potable, electricidad, alimentación, vivienda digna, ambiente sano, en fin, factores que conducen a una mayor probabilidad de enfermarse. Y séptimo, las mismas cifras de muertes por Covid-19 nos muestran la perversidad del sistema de salud, según el DANE, los estratos 1, 2 y 3 concentran el 87% de las muertes en esta pandemia.

Distribución de las defunciones por COVID-19 total, según estrato socioeconómico

Total nacional
2 de marzo 2020pr al 9 de mayo 2021pr

- Los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3 concentran el 87,1% de las defunciones relacionadas con COVID-19 en el país. Los estratos 1 y 2 concentran el 61,5% del total nacional.



A modo de conclusión, como he intentado demostrar, el problema del sistema de salud es mucho más difícil de superar que tan solo hablando de una modificación de la ley 100. Todo el orden constitucional y su mismo funcionamiento está permeado por el neoliberalismo. El negocio privado de la salud va en contradicción con el acceso oportuno, universal y de calidad. Incluso, los llamados determinantes sociales en salud también se encuentran dominados por la lógica mercantil del capital. Estos son: vivienda digna, trabajo bien remunerado y estable, pensión de vejez, alimentación saludable, sistema educativo, entre otros. Porque la salud no se reduce a la asistencia médica, es integral, también tiene que ver con la prevención de la enfermedad.

Bibliografía

Agudelo, M. U. (15 de Abril de 2020). *Los efectos de la mercantilización de la salud en Colombia*. Obtenido de UN-periodico digital: <http://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/los-efectos-de-la-mercantilizacion-de-la-salud-en-colombia/>

Arcila, A. (1 de Marzo de 2020). *La salud de los colombianos en manos de extranjeros*. Obtenido de Las dos orillas: <https://www.las2orillas.co/la-salud-de-los-colombianos-en-manos-de-extranjeros/#.XlxpdZUDems.whatsapp>

Colombia, U. N. (13 de Mayo de 2021). *UN-Televisión*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=J2WlwWZ79uE>

Mesa, L. V. (11 de Febrero de 2021). *El Dane informó que diciembre de 2020 cerró con una tasa de informalidad de 49%*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/economia/el-dane-informo-que-diciembre-de-2020-cerro-con-una-tasa-de-informalidad-de-49-3124018>

profes, N. M.-L. (13 de Mayo de 2021). *Reunión informativa en el marco del paro nacional*. Obtenido de Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=By6NWFrsrbU>

Salud, M. d. (Marzo de 2021). *Comportamiento del aseguramiento*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

Salud, U. d. (19 de Agosto de 2020). *Deudas a hospitales y clínicas superan los \$ 40 billones: Procuraduría*. Obtenido de El Tiempo: <https://www.eltiempo.com/salud/informe-de-la-procuraduria-revela-deudas-de-las-eps-a-hospitales-y-clinicas-530946>

Valle, U. d. (14 de Mayo de 2021). *Escuela de salud pública*. Obtenido de Facebook: https://www.facebook.com/SaludPublicaUnivalle/live_videos/?ref=page_internal

Vega, L. V. (30 de Noviembre de 2020). *Los centros de salud colombianos están en la mira de la inversión extranjera privada*. Obtenido de La República: <https://www.larepublica.co/empresas/los-centros-de-salud-colombianos-estan-en-la-mira-de-la-inversion-extranjera-privada-3094928>