

En defensa del fin de lucro en Salud

Académico Dr. Ramón Abel Castaño Yepes
Facultad de Economía, Universidad del Rosario

Introducción

Uno de los planteamientos de fondo sobre los que se ha basado la crítica al sistema de seguridad social en salud creado por la ley 100, es el de la inconveniencia del fin de lucro en la organización del sistema (Academia de Medicina, 1999). Sin embargo, los argumentos basados en este planteamiento parten de premisas que no necesariamente son ciertas, y por lo tanto sus conclusiones no necesariamente son válidas. Así pues, una vez analizadas más de cerca dichas premisas, la validez del argumento empieza a debilitarse. El propósito de este ensayo es el de analizar los argumentos esgrimidos en contra del fin de lucro, analizar su validez y dejar al lector los elementos para reconsiderar las conclusiones. Inicialmente se muestran las premisas tal como se han venido planteando en el debate sobre la reforma a la salud, y luego se hace la crítica correspondiente a cada una de ellas. Al final se hacen unas anotaciones adicionales a manera de recomendaciones y conclusiones.

1. Premisas básicas del argumento en contra del fin de lucro

La primera premisa del argumento se basa en la tradicional relación de agencia entre el médico y el paciente. Debido a que el paciente carece de información suficiente para tomar decisiones clínicas, delega su autonomía en el médico para que éste tome la decisión que el paciente tomaría si tuviera toda la información disponible. En esta relación hay dos actores, que se conocen como "el principal", que es el paciente, y "el agente" que es el médico

Estas relaciones de agencia en términos generales están expuestas al riesgo de que el agente, abusando de su mayor información, tome decisiones en beneficio propio y no buscando maximizar el beneficio del principal. En el caso de la relación médico-paciente, la relación de agencia se protege de este tipo de abusos mediante la adopción de códigos de ética, como el Juramento Hipocrático, que son cuidadosamente inculcados por las generaciones mayores a los nuevos profesionales, y controlados por el mismo cuerpo médico. Esta es la esencia de las profesiones, tal como lo describe Dennis Thompson (1987) en su tratado sobre ética y ejercicio público.

La primera premisa del argumento sobre el fin de lucro, consiste en asumir que todo médico es un agente perfecto, es decir, que siempre pone el bienestar del paciente por encima de sus intereses pecuniarios o de otra índole, y que esta conducta la asumen por igual todos los médicos. Esta premisa se complementa con otra premisa accesorias, que sostiene que el médico debe tener libertad para elegir el mejor tratamiento que maximice el beneficio para su paciente, según su leal saber y entender. Dicha libertad implica un mecanismo de pago por evento (o pago por servicio prestado, o *fee-for-service*) y un ejercicio totalmente autónomo sin más rendición de cuentas que la que se le debe al paciente y a los pares profesionales.

La segunda premisa del argumento general es que la relación de agencia no debe ser viciada por el fin de lucro. Es decir, al asegurarse la sociedad de que el profesional que se adhiere a los códigos de ética siempre pondrá el beneficio del paciente por encima de su interés personal de lucro, está sellando un contrato social que evita la mala influencia del fin de

lucro. Arrow (1963) plantea que una razón para evitar el fin de lucro en las organizaciones hospitalarias es precisamente la suspicacia que generaría entre la sociedad el hecho de que, existiendo la mencionada asimetría de información entre paciente e institución, la institución se lucrara de la enfermedad. Esto explica el dominio de las entidades sin ánimo de lucro en el sector prestador de servicios de salud.

La tercera premisa, que es más bien tácita, es que el fin de lucro es legítimo para el médico pero no lo es para ningún otro actor que participa en la prestación de servicios de salud. De hecho, nuestra Ley 23 de 1981 plantea explícitamente que el trabajo médico solo debe beneficiar a quien lo presta y no a terceros. También se acepta que un médico derive ingresos altos en el ejercicio de su profesión, pues sin violar los principios de la ética puede perfectamente acumular un capital importante, al menos en comparación con otras categorías profesionales y sociales. Pero es claro que el principio fundamental que no puede violar el médico, es el de poner el bienestar del paciente por encima de cualquier otro interés.

La cuarta premisa ya es menos general y más específica al contexto colombiano. Se refiere a que la Ley 100 introdujo el fin de lucro en la prestación de servicios de salud, o como ha sido planteado reiterativamente por muchos críticos, que la reforma "convirtió la salud en un negocio". De esta premisa se extrae como corolario que antes de la expedición de la Ley 100 no había fin de lucro y que la salud no era un negocio.

La quinta premisa se deriva de la cuarta y de la segunda, es decir, que si el diseño del sistema de salud introducido por la Ley 100 tiene como elemento distintivo el fin de lucro, entonces el resultado de dicho diseño tiene que ser indeseable, puesto que el fin de lucro es indeseable.

Y una última premisa es que el fin de lucro que anima a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las lleva a adoptar modelos de atención restrictivos, es decir, aquellos basados en las barreras de acceso, la negación de servicios médicamente necesarios, el amordazamiento del médico, y la glosa malintencionada. Estos modelos restrictivos, al decir de esta última premisa, se apoyan en el abuso de una posición dominante de la EAPB que obliga al prestador a bajar sus precios hasta niveles incompatibles con la buena calidad.

Las premisas descritas en esta sección se resumen en el cuadro 1.

CUADRO 1. Premisas básicas del argumento en contra del fin de lucro y la Ley 100

1. Todos los médicos son agentes perfectos. Premisa accesoria: para ser agente perfecto se requiere total autonomía y pago por evento.
2. El fin de lucro vicia la relación de agencia entre paciente y médico.
3. El fin de lucro del médico es legítimo, siempre y cuando no esté por encima del principio de beneficencia.
4. La Ley 100 volvió la salud un negocio al introducir el fin de lucro.
5. Como el fin de lucro es malo, entonces cualquier diseño de sistema de salud que se base en él generará un resultado malo.
6. Las EAPB solo pueden obtener lucro mediante modelos de atención restrictivos y abusando de su posición dominante.

2. Son válidas todas las premisas del argumento?

Las premisas resumidas en el cuadro 1 están plagadas de puntos débiles e imprecisiones. En esta sección se analizará cada una de ellas y se hará la crítica pertinente.

Premisa 1: imperfecciones de la función de agencia.

En lo concerniente a la premisa 1, no es posible que todos los médicos sean agentes perfectos. Aunque ciertamente los códigos de ética de la profesión médica son más estrictos y se apoyan sobre una tradición mucho más fuerte que la de otras profesiones, ello no quiere decir que automáticamente sean observados con fidelidad por todos los miembros de la profesión. Más aún, se ha demostrado que en sociedades con una institucionalidad más laxa, los códigos de ética son también más laxos (Hsiao, 2000), lo cual se puede explicar porque no existe el poder disuasor de la sanción moral o la efectiva sanción de los colegas profesionales. Aquí surgen entonces tres preguntas: 1) en qué medida los mecanismos de control de la profesión logran preservar la agencia perfecta? 2) qué proporción de los médicos son agentes

perfectos? y 3) de los que no son agentes perfectos, en qué grado están poniendo su interés pecuniario por encima de los principios de beneficencia y no maleficencia?

No está claro pues que el simple hecho de existir los códigos de ética garantice su correcta observación por parte de los miembros de la profesión. Ni siquiera la existencia de tribunales de ética médica logra disuadir a los profesionales que están dispuestos a poner su interés pecuniario por encima del interés del paciente. De hecho, esta violación a la función de agencia se puede cometer consuetudinariamente sin que sea posible aplicar sanciones por uno de estos tribunales, e incluso siendo detectada es poco probable que se pueda demostrar. Quizá los tribunales de ética cumplen una función adecuada cuando la violación a la función de agencia es de un tamaño tal que resulta obvia y no hay dudas en la aplicación de la sanción, pero por debajo de estos niveles extremos subsisten múltiples situaciones de agencia imperfecta que no pueden ser evitadas.

En cuanto al corolario de esta primera premisa, es evidente que el pago por evento con total autonomía del médico no le garantiza a la sociedad que los médicos no abusarán de su función de agencia poniendo su interés pecuniario por encima de los principios de beneficencia y no maleficencia. El hecho de que esta garantía es imposible, y de que la violación a la función de agencia se puede materializar sin el riesgo de sanciones, pone así en duda el supuesto de que todos los médicos son agentes perfectos.

Muchos pensadores e investigadores han puesto en duda este supuesto de la agencia perfecta, algunos con más cinismo que otros. El conocido desprecio de George Bernard Shaw por la profesión médica, queda claramente explicitado en este fragmento de su obra "The Doctor's Dilemma", que dice:

"It is not the fault of our doctors that the medical service of the community, as at present provided for, is a murderous absurdity. That any sane nation, having observed that you could provide for the supply of bread by giving bakers a pecuniary interest in baking for you, should go on to give a surgeon a pecuniary interest in cutting off your leg, is enough to make one despair of political humanity. But that is precisely what we have done. And the more appalling the mutilation, the more the mutilator is paid. He who corrects the ingrowing toe-nail receives a few shillings; he who cuts

your inside out receives hundreds of guineas, except when he does it to a poor person for practice."

Por su parte, Iván Illich en su clásico tratado sobre la iatrogenia (1975), acusa severamente a la profesión de medicalizar el fenómeno social de la enfermedad para su beneficio pecuniario, y despojar a la sociedad del control de la enfermedad, haciéndola así dependiente de la profesión. Eso mismo lo señala Paul Starr (1982) en su detallada revisión de la transformación de la medicina americana en los siglos XVIII y XIX.

Premisa 2: el fin de lucro que vicia la función de agencia, también afecta al médico

Con respecto a la premisa 2, es evidente que el fin de lucro siempre está ahí presente, y que el problema es cómo evitar que se ponga por encima de los principios de beneficencia y no maleficencia. Un espejo interesante en el que se muestra cómo evitar la interferencia del fin de lucro y ejercer una función de agencia perfecta es el del ejercicio del sacerdocio, en el cual los votos de pobreza garantizan que el lucro no afecta la relación con los fieles. Esto es, obviamente, impensable para el ejercicio médico, pues si se exigieran votos de pobreza nadie estudiaría medicina, salvo unas pocas personas con un altísimo sentido altruista. Por lo tanto, si se acepta que hay fin de lucro en el médico, su sola presencia no debería afectar la relación de agencia perfecta, si pudiesen diseñarse las salvaguardas necesarias para garantizar que dicha relación siga siendo perfecta. Pero como estas salvaguardas, aunque existen, no son eficaces en todas las circunstancias, es claro que el fin de lucro puede viciar la relación de agencia desde el mismo médico, sin necesidad de que entre un tercer actor.

Ahora bien, si en esta dinámica entra un tercer actor que no tenga el mismo marco ético y con la misma tradición del que rige a la profesión médica, puede caer más fácil en la tentación de poner el interés pecuniario por encima del interés del paciente. Si esto se suma a la laxitud de un profesional dispuesto a invertir el orden de prioridades en su función de agencia, es obvio que la posibilidad de ejercer la función de agencia perfecta es mucho más difícil. Ahora bien, aunque esto es cierto, tampoco es correcto asumir, como se verá en la crítica a la premisa 6, que todos

los terceros pagadores ignoran los principios de beneficencia y no maleficencia.

Premisa 3: Porqué exonerar al médico del peligro del fin de lucro?

Con respecto a la premisa 3, aunque ésta subraya la supremacía del principio de beneficencia, acepta que haya fin de lucro en la relación de agencia, con lo cual contradice la premisa 2. Pero la premisa 3 plantea una salida a esta contradicción, cuando acepta que si este fin de lucro es para beneficio del médico, allí no hay ningún conflicto. Esta salida resulta más bien débil, pues si el fin de lucro vicia la relación de agencia, no hay por qué pensar que, si ello es cierto, no se le aplica justamente al agente que está al servicio del paciente, máxime cuando los códigos de ética, el auto-control y el control de los pares no son totalmente efectivos para garantizar la agencia perfecta

En este punto vale la pena hacer una revisión histórica de cómo se originó esta exención a favor del médico en lo referente al lucro. Desde los antiguos griegos, había claridad sobre la preeminencia del principio de beneficencia, como lo expresara Sócrates en su diálogo con Trasímaco: "ningún médico, en cuanto sea médico, considera su propio bienestar en lo que prescribe, sino el bienestar del paciente". De hecho, el Juramento Hipocrático sella la preeminencia de los principios de beneficencia y no maleficencia.

Pero en la historia más reciente de la medicina, particularmente la que se desarrolló en América del Norte en los siglos XVIII y XIX, hay muestras de que el interés de la profesión por los principios éticos estaba permanentemente entrelazado con sus intereses pecuniarios. Paul Starr (1982) muestra cómo desde aquella época la profesión adoptó estrategias muy exitosas para mantener su ejercicio independiente, su exclusión del control de mercado y del control estatal, y el auto-control del ejercicio profesional. La estrategia más clara y persistente ha sido la oposición a las modalidades de compra de servicios médicos prepagados y al sistema de pagador único estatal, y la defensa a ultranza del modelo de seguros médicos de indemnización, que no son otra cosa que un cheque en blanco a disposición del médico, con poquitas restricciones. Dichas estrategias le permitieron a los médicos estadounidenses ubicarse en los rangos

más altos de ingresos de esa sociedad. Este modelo ha sido replicado en muchos países, con algunas variaciones, aunque ciertamente no con tanto éxito financiero como en los Estados Unidos.

Una explicación que resulta más sólida es la que plante Norman Daniels (1991) cuando propone que lo que debe contar en la realidad es el resultado que se espera del sistema de salud. Si el resultado es una distribución justa del acceso a los servicios de salud y de los recursos disponibles, el que se llegue a ese resultado por la vía del fin de lucro o no, debería ser irrelevante. Plantea también el autor que si el fin de lucro fuera una motivación de orden superior y el bienestar del paciente fuera de orden inferior, no necesariamente se cumple que la motivación egoísta del lucro "infecte" la motivación altruista del beneficio del paciente. Dicho de otro modo, si una institución o un médico tienen fin de lucro, ello no quiere decir que automáticamente van a explotar a sus pacientes abusando de su función de agencia.

Para ilustrar este planteamiento de Daniels, resulta útil el caso de la Clínica de Marly S.A., una sociedad anónima que está inscrita en la Bolsa de Valores de Bogotá y que muestra un crecimiento del valor de la acción ordinaria superior al 100% entre julio de 2005 y julio de 2006. Según el planteamiento en contra del fin de lucro, tendríamos que suponer que este incremento del valor de la acción se obtuvo violando los principios de la ética. Pero este ciertamente no es el caso, y no hay ninguna razón para pensar que la Clínica de Marly sea una institución en la que el interés pecuniario de la organización se ponga por encima del bienestar del paciente. Otro caso similar es el de la Organización Sánitas Internacional, que también se transa en bolsa y además es multinacional.

Premisa 4: la salud siempre ha sido un negocio

En cuanto a la premisa 4, como se planteó arriba, se puede reescribir diciendo que antes de la Ley 100 la salud no era un negocio. Esta premisa, tomada como bandera por casi todos los críticos de la reforma, es quizá la más débil de todas, pues desconoce que la salud siempre ha sido un negocio, solo que los roles de los actores han cambiado un poco. Quizá el aspecto más claro de este cambio es la transferencia de riesgo del Estado a las EAPB, por medio de la UPC

que el Fosyga les paga por cada afiliado. Esta transferencia de riesgo genera un incentivo para reducir el costo de la atención médica. De todos modos, ya se ha mencionado el fin de lucro que está inmerso en las decisiones del médico, y la débilmente justificada exención de éste a la hora de cuestionar tal motivación egoísta. El modelo tradicional de pago por evento, como se ha dicho, tampoco permite proteger a la sociedad del interés egoísta del médico cuando éste lo pone por encima del bienestar del paciente.

Pero hay muchas circunstancias de muy vieja data que muestran que la salud sí ha sido siempre un negocio. El caso más claro es el de las industrias farmacéutica, de insumos y de tecnología. Si algo no se discute es que estas industrias muestran una alta rentabilidad, y que dicha rentabilidad se justifica por los riesgos inherentes a los costos de investigación y desarrollo, que requieren una alta tasa de retorno que estimule a los inversionistas a poner su dinero en el negocio. Estas justificaciones pocas veces son cuestionadas, y si acaso se cuestiona la magnitud de la rentabilidad que obtienen (Goozner, 2004), pero queda claro que su negocio es la enfermedad.

Las políticas de estas industrias en cuanto a discriminación de precios de las innovaciones terapéuticas y diagnósticas protegidas bajo patente, no son más que la aplicación de un principio económico básico: que la sensibilidad del paciente al precio es nula cuando de su situación mórbida depende su vida o su bienestar, por lo cual los precios se establecen con base en la capacidad de pago de los mercados de cada país. Pero queda claro que la capacidad de obtener rentas monopólicas por parte de los productores, depende crucialmente del hecho de que se trata de la vida y la salud, y tal situación limitrofe es la que permite la alta rentabilidad de estas industrias. Lo que llama la atención es que siendo esta una clara muestra de que la salud sí es un negocio, y que es aceptado por la profesión médica, no se acepte que pueda ser un negocio en otras circunstancias. Esto hace pensar que la legitimidad del fin de lucro es un concepto selectivo, que los críticos aplican a algunos eslabones de la cadena de producción de servicios de salud, pero no a otros.

Más aún, las estrategias de mercadeo que han desarrollado estas industrias han perneado la función de agencia del médico de manera muy sutil pero evidentemente han afectado la primacía del principio

de beneficencia y no maleficencia. Los incentivos a los que son expuestos los médicos como decisores sobre el consumo de medicamentos y de servicios de apoyo, han llegado hasta extremos que, poniendo en duda la neutralidad del médico, le han causado desprestigio a la profesión. En su tratado sobre el tema, Marc Rodwin (1993) hace una detallada historia de cómo han evolucionado estas relaciones, particularmente con la industria farmacéutica, durante el último siglo. Este tema se ha tomado tan sensible, que las empresas líderes de esta industria decidieron adoptar códigos de ética; estos códigos, a pesar de sus buenas intenciones, tienen las mismas debilidades de los códigos de la profesión médica en cuanto a su cumplimiento cabal.

Otra industria que siempre ha mostrado fin de lucro y que nunca ha sido cuestionada, es la de los seguros de indemnización. En su libro de 1982, Starr también cuenta la historia de cómo surgen los aseguradores de tipo indemnización, y cómo los mismos médicos propician el nacimiento de Blue-Cross y Blue-Shield para garantizar una fuente de financiación constante de sus servicios profesionales. Los seguros de indemnización se caracterizan porque no interfieren en las decisiones médicas y simplemente le reembolsan al paciente los gastos en que incurre por motivo de sus eventos de salud. Como este modelo de aseguramiento es prácticamente un cheque en blanco a favor del médico, los aseguradores se ven expuestos a una alta siniestralidad por la imposibilidad de controlar la utilización de recursos por parte del médico. Por ello, el asegurador se protege de la quiebra simplemente trasladando el exceso de siniestralidad al valor de las primas entrando así en un ciclo que período tras período va incrementando el valor de las primas de seguros. Así, la mayor siniestralidad que genera el médico cuando es pagado por evento y sus patrones de utilización no son auditados por un tercero, le permite al asegurador obtener un mayor lucro porque habrá mayor demanda de seguros y los márgenes de intermediación serán mayores.

Pero la gran diferencia en el origen del lucro del asegurador de tipo indemnización, es que tal lucro se obtiene actuando a favor del médico, entregándole un cheque en blanco. Quizá por ello no solo no fue resistido por la profesión, sino que fue celosamente protegido de cualquier intento de regulación, como lo relata Starr. Resulta entonces paradójico que cuando

empiezan a surgir los seguros que ejercían control sobre la utilización de recursos (HMOs), o sobre los precios (PPOs, etc.), las organizaciones profesionales basaron sus críticas en que a éstas las movía el afán de lucro. Lo que en realidad las hacía repudiables a la profesión era que el lucro lo obtenían restringiendo la autonomía del médico y no actuando a favor de ella, o reduciendo sus ingresos y no aumentándolos.

Y tampoco se podría argumentar que el fin de lucro de los seguros de indemnización se obtenía actuando a favor del paciente, pues el paradigma del ejercicio profesional individual, pagado por evento y basado en la curación y el episodio agudo, dista mucho de ser un modelo que brinde salud y que gestione los riesgos de manera proactiva, ya que su estructura se concentra alrededor de la enfermedad y no de la salud (Todd y Nash, 1997). Incluso este paradigma llegó a ser tan perjudicial, que la sociedad americana se rebeló en contra de los médicos en la década de los ochenta, cuando tomó fuerza el movimiento por la autonomía del paciente, pues se hizo cada vez más evidente que buena parte de los médicos estaba abusando de la chequera en blanco que traía cada paciente asegurado por una de estas compañías. De nuevo, la función de agencia perfecta estaba fuertemente cuestionada, y el modelo de pago por evento no era ninguna garantía de preservación de la agencia perfecta.

Más allá de estos dos ejemplos de fin de lucro, que pueden ser totalmente legítimos, existen múltiples circunstancias en las que claramente se traspasan los límites de la ética para obtener lucro, y que existían mucho antes de que se aprobara la Ley 100 en Colombia. La principal de ellas es la inducción de la demanda que ejerce el médico cuando es pagado de forma retrospectiva, es decir, mediante pago por evento. El problema típico de este mecanismo de pago es que el profesional puede caer en la tentación de abusar de su función de agencia para inducir al paciente a consumir servicios de salud en una cantidad mayor que la que realmente necesita. Por ejemplo, cuando un obstetra realiza una ecografía gestacional sin una indicación clara, simplemente porque puede cobrar por ello, se está induciendo la demanda porque ese servicio no sería consumido por la paciente si ésta tuviera la información suficiente y pagara todo el servicio de su propio bolsillo.

La inducción de la demanda es posible debido a la asimetría de información entre médico y paciente,

pero la presencia de un tercero pagador crea un espacio mucho más amplio para ello. Y si este tercero pagador es un asegurador de tipo indemnización, que le permite al médico prestar servicios bajo la modalidad de pago por evento y sin ninguna restricción, el espacio para la inducción de la demanda es aún mayor. En este punto vuelve a aparecer la insuficiencia de las normas éticas y las instituciones de vigilancia profesional, pues estos casos difícilmente serían objeto de una sanción. El auto-control profesional para evitar que el médico se salte las barreras de la ética también resulta insuficiente, y aunque ciertamente hay profesionales lo suficientemente estrictos para no hacerlo, la evidencia muestra que en el agregado hay un efecto del incentivo perverso del pago por evento hacia la inducción de la demanda. Un estudio clásico de Thomas Rice (1983) muestra que en la modalidad de pago por evento, los médicos aumentaron el número de consultas cuando el pagador les disminuyó la tarifa por consulta. El hallazgo lo explica Rice por la capacidad de los médicos de inducir la demanda para mantener el ingreso deseado.

Una solución que se ha planteado para este problema de la inducción de la demanda, es el cambio hacia modelos de pago prospectivos como la capitación o los DRGs. Pero esto simplemente invierte los incentivos perversos: mientras en el pago retrospectivo el incentivo es a inducir demanda, en el pago prospectivo el incentivo es a negarla. Pero el fin de lucro se expresa en ambos casos de igual manera; el conflicto de intereses de un mecanismo de pago, no es más que una cara de la moneda en cuya otra cara están los conflictos de intereses del otro mecanismo de pago (Castaño, 1999). Lo que es claro es que la función de agencia si está distorsionada por el mecanismo de pago y por el fin de lucro.

Otros casos que demuestran la presencia del fin de lucro antes de la Ley 100 son bien conocidos por todos los actores, aunque poco estudiados formalmente. Por ejemplo, la baja productividad y el alto ausentismo de profesionales de planta en el sector público, (Acosta et al. 2000), lo cual se ha justificado tradicionalmente en el hecho de que los salarios son muy bajos y no le permiten al profesional disfrutar de un nivel de vida digno. Esta justificación carece de toda validez, y se puede refutar con dos planteamientos muy simples: el Instituto de Seguros Sociales, que era considerado entre los mejores empleadores

públicos en la década de los ochenta, mostraba índices muy bajos de productividad en comparación con el sector privado. Y el otro planteamiento se refiere a que cuando a los profesionales de los hospitales públicos se les cambiaba la forma contractual de pago por salario a pago por evento, su productividad aumentaba de manera dramática.

El fin de lucro de las instituciones públicas, que supuestamente son, por definición, carentes de lucro, queda en evidencia también cuando se observan las grandes diferencias en salarios a favor de los empleados sindicalizados. El fuerte poder de negociación de estos sindicatos, capaces de paralizar toda una organización a nivel nacional, les sirvió durante varias décadas para capturar rentas obteniendo salarios muy por encima del resto de trabajadores del sector formal, y esquemas pensionales que hoy día resultan claramente onerosos para el erario. Adicionalmente, este caso pone de manifiesto que el interés pecuniario de los trabajadores sindicalizados se ponía por encima del principio de beneficencia, cuando en situaciones de huelga se negaba la atención a los pacientes.

Otra situación que muestra que ha habido fin de lucro en las instituciones públicas, tanto de aseguramiento como de prestación, son los fenómenos de corrupción que encarecen los procesos licitatorios y las adquisiciones rutinarias de estas entidades. Estos fenómenos existían desde mucho antes de la reforma de 1993 y siguen existiendo (Acosta et al. 2000), por lo cual es correcto afirmar que la salud también era un negocio antes de la reforma. El problema en este caso es que era un negocio ilícito, y lo sigue siendo después de la reforma. Una forma más sutil de corrupción era el caso con frecuencia observado de un equipo de alta tecnología que resultaba misteriosamente averiado y nunca se resolvía la avería a tiempo. Este tiempo muerto del equipo le permitía a los trabajadores asalariados quedar ociosos sin afectar su ingreso, y ciertamente beneficiaba al proveedor externo que sustituía temporalmente el equipo averiado. Con tantos intereses por mantener los equipos averiados, resultaba fácil entender porqué sus reparaciones tardaban tanto tiempo.

Un último ejemplo que prueba la percepción de la salud como negocio, y que está íntimamente relacionado con el problema del aseguramiento, es la utilización de recursos de los pacientes que llegan a los servicios de urgencias protegidos por pólizas

del SOAT. Dado que hay un tope de 800 salarios mínimos, las instituciones tienen un claro incentivo a inducir la demanda, pero solamente hasta que se llegue a dicho tope. Una vez alcanzado el tope, el paciente típicamente es trasladado a otra institución, casi siempre pública, a menos que tenga otro tercero pagador que cubra los gastos correspondientes a todo lo que supere el tope. Y recuérdese que este esquema de seguros del SOAT se creó antes de la Ley 100. El esquema del SOAT resulta entonces muy similar al de los seguros de indemnización, pues los 800 salarios mínimos son un cheque al portador, que por la dificultad de auditar y establecer incentivos hacia la eficiencia, se convierten en una meta por copar en el menor tiempo posible.

Desafortunadamente muchos de los ejemplos aquí citados no pueden ser comprobados, pues se trata de rumores que permanentemente van y vienen en el sector. Pero al igual que los rumores sobre las restricciones al acceso de los pacientes y a la autonomía del médico por parte de las EAPB, las cuales serán comentadas más abajo, muchos de estos rumores no han sido comprobados empíricamente o mediante denuncias formales. Por ello, es adecuado reportar estos rumores y señalar que están ocurriendo en el sector, porque de lo contrario tampoco se podría abordar el tema de los modelos de atención restrictivos y la discusión ni siquiera se podría iniciar.

Premisa 5: Los resultados del diseño actual no se relacionan con la presencia o ausencia de lucro

En cuanto a la quinta premisa, que plantea que el resultado de un sistema de salud basado en el fin de lucro es malo por definición, es fácil entender que esto no necesariamente es cierto, si se entienden los planteamientos sobre las premisas anteriores. Así, la existencia del fin de lucro antes de la Ley 100, solo que en forma diferente, haría pensar entonces que el sistema previo también era malo por definición, pues también se basaba en el fin de lucro.

De nuevo, como lo plantea Daniels (1991), lo que debe contar en última instancia es el resultado que la sociedad desea. Si el resultado deseado es tener una mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud en caso de necesidad, la prueba de fuego consiste en evaluar si se ha logrado este mayor acceso. La evidencia de estudios recientes muestra

que efectivamente la población con seguro de salud tiene mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud y a obtener sus medicamentos cuando se enferma, en comparación con la población no asegurada (Tono, 2000).

En otro estudio de Bitrán y cols (2004) se muestra que la probabilidad de consultar a los servicios de salud entre aquellos que presentaron problemas de salud, es mucho mayor en los asegurados que en los no asegurados. Claro que estas diferencias se pueden explicar también por el efecto de la selección adversa y del riesgo moral. El primer efecto se refiere a que una mayor proporción de personas de mayor riesgo se afilian al seguro de salud, lo que explica porqué hay mayor probabilidad de consulta entre esta población. Y el efecto del riesgo moral se refiere a que la presencia del seguro reduce el precio para el asegurado y por lo tanto tiende a consumir más servicios que si no tuviera el seguro. De todos modos, separando estos dos efectos es posible deducir que el seguro sí mejora el acceso de las personas a los servicios de salud. Otra muestra indirecta del mejor acceso es la mayor proporción de consulta de prevención entre los asegurados, y la mejoría en la probabilidad de despacho completo de medicamentos entre 1997 y 2003 (Assalud, 2005), así como el menor gasto de bolsillo en medicamentos en todos los grupos de ingreso (Castaño et al, 2001).

Una forma alternativa de analizar el efecto del aseguramiento sobre el acceso, es calculando la proporción de personas que dejaron de consultar por falta de dinero. El estudio de Bitrán y Cols (2004) muestra que esta proporción es mucho mayor en la población no asegurada, menor en los afiliados al Régimen Subsidiado y muchísimo menor en los afiliados al Régimen Contributivo. Otro estudio (O'Meara, et al, 2003), realizado por la Universidad Javeriana durante un año seguido, muestra las mismas relaciones de gasto de bolsillo entre las diferentes modalidades de aseguramiento. Esto demuestra pues, que siendo la falta de dinero la principal barrera de acceso para las poblaciones pobres, el aseguramiento sí es un mecanismo que facilita el acceso, tal como lo muestra Tono (2000).

Ahora bien, la pregunta sobre si un modelo basado en el fin de lucro produce un efecto mayor o menor que uno no basado en éste, es imposible de responder en el contexto de un país. Para demostrar-

lo empíricamente habría que tomar una muestra de países que estén desarrollando procesos de reforma similares, unos con sistemas basados en el lucro y otros no. Pero este estudio no se podría hacer por limitaciones metodológicas.

Otra posibilidad sería comparando el desempeño de las EAPB con fines de lucro y las que no lo tienen, para ver si hay una relación clara entre este factor y el desempeño. Sin embargo, el estudio anual de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC, 2006), en el que se evalúa a las EPS por sus relaciones con las IPS, se muestra que de las cinco mejores calificadas, tres son con fines de lucro, y reparten utilidades entre sus socios. Más aún, si se compara el conjunto de EPS con fin de lucro con el conjunto de EPS sin fin de lucro, sus puntajes promedio son muy similares (64,4 vs 65,9), y quizá la única diferencia importante se observa en el indicador de confianza (75 vs 85).

El otro estudio importante que analiza el desempeño de las EPS frente a los usuarios, es el estudio de la Defensoría del Pueblo (Mejía, 2005). Pero en este estudio tampoco se evidencia una gran diferencia entre EPS con o sin fin de lucro. Mientras en la evaluación de 2003 la diferencia era muy pequeña (63,6 vs 65), en 2005 esta diferencia se amplió ligeramente (68,7 vs 70,7). Es evidente pues que no parece haber grandes diferencias en el desempeño de las EPS cuando se miran desde diferentes ángulos, lo cual sugiere que el efecto del fin de lucro no ha sido un determinante importante del desempeño del sistema.

Ahora bien, también es cierto que el fin de lucro no es más que un estatus tributario y no refleja necesariamente la orientación altruista o no de la EPS. Y por otro lado, el hecho que sea con o sin fin de lucro, no hace a una organización más propensa a la corrupción, pues en ambos casos puede suceder que haya empresas correctas y empresas corruptas. Pero estas diferencias mencionadas muestran que aún si se entiende el fin de lucro simplemente como un estatus tributario, no parece justificarse un argumento en contra de las EPS con fin de lucro, al menos desde el punto de vista de la evaluación de su desempeño.

Premisa 6: Tanto entre EAPB como entre IPS y médicos, hay modelos restrictivos y problemas de agencia, como también modelos proactivos y agencia perfecta

La premisa 6 es otra de las más acusadas por los críticos del sistema de salud. Sin embargo, esta premisa no es cierta, porque la única manera de controlar el gasto médico no es apelando a modelos de atención restrictivos, sino que también existen herramientas proactivas que permiten controlar efectivamente el gasto. El error de esta premisa se puede demostrar fácilmente analizando de cerca los modelos de atención de algunas EPS. Por ejemplo, Coomeva EPS ha implementado modelos proactivos en sus regionales de la Costa Atlántica y Antioquia, basados en una puerta de entrada altamente resolutive y con una alta capacidad de coordinación de la referencia y contrarreferencia. En cambio, en las ciudades de Bogotá y Cali, el modelo de atención es más disperso y los prestadores externos apelan más fácilmente a modelos restrictivos.

Otro caso interesante es el de Susalud EPS, que ha montado su red de IPS de primer nivel llamada Punto de Salud. En esta red atiende una proporción importante de la población afiliada a la EPS, mientras que los contratistas externos que atienden el resto de la población deben adoptar el modelo de atención de la EPS. Este modelo es altamente proactivo, en la medida que lo permiten factores estructurales del sistema como la selección adversa, la rotación del empleo y la Acción de Tutela. Compensar y SOS son otros ejemplos de EPS que han desarrollado modelos de atención proactivos, con resultados alentadores. Incluso en el Régimen Subsidiado, tan fuertemente criticado por muchos actores, hay ejemplos de modelos proactivos como los programas de *disease management* desarrollados por Pfizer, y los programas de detección precoz de la falla renal desarrollados por Baxter, también aplicados en el Régimen Contributivo.

Desde el punto de vista de las IPS también se puede evidenciar que algunas EPS han venido cambiando su visión miope de ahorro en costos de corto plazo, por una visión más proactiva de costo-efectividad en el mediano y largo plazo. La experiencia del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt muestra claramente que esto ya es un hecho (Zapata 2005). El autor señala en este artículo cómo la utilización de antibióticos de mayor costo se reflejó en menor índice de infecciones intrahospitalarias, lo cual permitió que las EPS aceptaran estos medicamentos con criterios de costo-efectividad.

Partiendo de estas evidencias positivas sobre los modelos de atención proactivos, porqué la crítica insiste en concentrarse en los modelos restrictivos? La crítica que se hace en Colombia a los modelos de atención restrictivos, se ha alineado con la crítica que se generó en los Estados Unidos durante mediados de los noventa, y que se conoció como el *managed care backlash*. Esta crítica ha sido trasladada al contexto colombiano de manera generalizada, asumiendo que el *managed care* que se critica en Estados Unidos equivale al que se aplica en Colombia (Patiño, 2002).

Esta generalización no es cierta, pues tanto en los Estados Unidos como en Colombia, se aplican modelos restrictivos y modelos proactivos. La crítica al *managed care* de tipo restrictivo, que es la que se hace en los Estados Unidos, no debe extenderse de manera igual para los modelos restrictivos y los proactivos que aplican las EPS en Colombia. Obviamente es válido extender esos argumentos a los modelos restrictivos de algunas EPS, pero no así a los modelos proactivos. El error entonces consiste en asumir que *managed care* es igual a modelos restrictivos y que cualquier adopción de herramientas de *managed care* en Colombia, equivale a adoptar modelos restrictivos (Castaño, 2002). De hecho, el *Case Management* y el *Disease Management*, dos herramientas desarrolladas en los Estados Unidos y que son claros ejemplos de modelos proactivos, son herramientas de *managed care*, que hoy en día son imitadas por sistemas de salud tan diferentes como el Alemán (Busse, 2004) o el del Reino Unido (Weiner et al, 2002).

Esta premisa 6 se puede cruzar con la premisa 1 para desagregar claramente las imprecisiones en el debate sobre el fin de lucro. En el cuadro 2, se muestra el cruce entre estas dos premisas; allí se separan dos situaciones para cada premisa: que el médico puede ser o no ser agente perfecto, y que la EAPB puede adoptar modelos proactivos o modelos restrictivos

CUADRO 2. Modelos de atención y función de agencia

		Función de agencia del médico	
		Perfecta	Imperfecta
Modelo de atención de la EAPB	Proactivo	1	2
	Restrictivo	3	4

El error de la mayoría de posiciones sobre este debate consiste en asumir que todos los médicos son agentes perfectos, y que todas las EAPB aplican modelos restrictivos, es decir, el cuadrante 3 del cuadro 2. Sería interesante comprobar empíricamente qué porcentaje de las relaciones entre médicos y EAPB está en cada uno de los cuadrantes, pero lo cierto es que hay muchas situaciones en las que las relaciones entre pagadores y prestadores se ubican en los otros tres cuadrantes. Por una parte, cuando un médico no actúa como agente perfecto, la EAPB necesita entrar a evaluar la pertinencia de ciertas decisiones clínicas para evitar que los incentivos perversos de los mecanismos de pago pongan en riesgo el bienestar del paciente. Esto se puede lograr por medios proactivos como la segunda opinión, o los programas de *disease management*, situaciones que corresponderían al cuadrante 2. Pero otros caerán en la tentación de controlar a este mismo agente imperfecto a base de negación de servicios, amordazamiento del médico o glosa malintencionada, lo cual corresponde al cuadrante 4.

Ahora bien, si el médico se desempeña como agente perfecto, también es necesario reconocer que el sistema de salud tiene una restricción presupuestal a la que no puede escapar, y que el proceso decisorio del médico, basado en el principio de beneficencia, crea tensiones dentro de dicha restricción presupuestal, entre las necesidades de su paciente y las de otros pacientes. Por esta razón, la EAPB no puede prestar servicios de salud sin ninguna restricción, pues no podría sobrevivir dentro de los recursos disponibles de la UPC, y es precisamente por ello que debe adoptar mecanismos que le permitan mantener el gasto dentro de los límites de esta restricción presupuestal. De nuevo, estos mecanismos pueden ser los modelos proactivos o los restrictivos. Entonces puede ocurrir que un médico que ejerce la función de agencia perfecta se enfrente a restricciones en su autonomía que pueden ser plenamente justificadas en aras del principio de justicia, y que tales restricciones se apliquen dentro de un modelo de atención proactivo, es decir, el cuadrante 1 del cuadro 2.

El error persistente de creer que la única situación que existe es la del cuadrante 3, puede llevar a decisiones erróneas en política sanitaria. Los modelos de atención proactivos mencionados anteriormente, y muchos otros que se pueden mencionar, son desa-

rollos del sistema que han costado mucho esfuerzo y recursos y que ciertamente están agregando valor a la sociedad, en términos de más salud por el mismo dinero. Tampoco es cierto que todos los médicos son agentes perfectos, lo cual abre un gran espacio para la ineficiencia en el gasto, causada por la inducción de la demanda en el pago retrospectivo, o por la negación de servicios en el pago prospectivo.

Entonces el debate hay que abordarlo separadamente: todo lo que se ubique en el cuadrante 1 debe ser fuertemente estimulado. Todo lo que se ubique en el cuadrante 4, severamente castigado. En el cuadrante 2 hay que estimular el modelo de atención proactivo para eliminar los comportamientos de agente imperfecto por parte del médico. Y en el cuadrante 3 hay que preservar los agentes perfectos y ponerlos por encima de los modelos de atención restrictivos. Pero asumir que la única situación que existe es la del cuadrante 3, y proponer reformas a la Ley 100 basadas en esa visión reduccionista, podría llevar a situaciones que hagan insostenibles los modelos de atención proactivos y su efecto positivo sobre la función de agencia del médico.

Esta reflexión se debe mirar también desde el punto de vista de las IPS, pues las relaciones de agencia entre médico y paciente no siempre están mediadas exclusivamente por las EAPB, sino también por las instituciones prestadoras. Por ejemplo, cuando una IPS firma un contrato de capitación con una EAPB, la IPS asume parte del riesgo y por ende los incentivos para adoptar modelos proactivos o modelos restrictivos. O sea que el cuadro 2 se aplica exactamente igual en el caso de las IPS, sustituyendo las casillas de la EAPB por las de la IPS.

Pero también se podría colocar a la IPS en las casillas del médico, y la reflexión sería igual. Los términos típicos del debate asumen que las EAPB aplican modelos restrictivos y que las IPS son víctimas de los efectos negativos de estos modelos. Pero es claro que una IPS capitada puede asumir exactamente el mismo comportamiento adoptando modelos restrictivos frente a sus médicos. Y este tipo de crítica se ve muy poco en el debate, pues se asume que los modelos restrictivos son aplicados exclusivamente por las EAPB. Si tanto la EAPB como la IPS adoptan modelos restrictivos, estaríamos en el cuadrante 4 del cuadro 2. Pero también puede ocurrir que la IPS aplique modelos restrictivos, a pesar de que la EAPB

no tenga como política este tipo de modelos, es decir una situación como la del cuadrante 2.

Es claro pues que no es correcto simplificar el debate asumiendo que todas las EAPB adoptan exclusivamente modelos restrictivos, que todas las IPS adoptan modelos proactivos, y que todos los médicos son agentes perfectos. Si la situación fuera así, no habría ninguna duda de que hay que acabar con el sistema de salud impulsado por la Ley 100. Pero evidentemente en ambos lados hay comportamientos positivos y negativos, y propiciar una política uniforme basada en supuestos incorrectos, lo único que haría sería acabar con innovaciones y desarrollos organizacionales muy valiosos que han sido posibles gracias al sistema creado precisamente por la misma Ley 100.

Hacia una solución: reducir la asimetría de información

Volviendo al primer punto planteado en este ensayo sobre la relación de agencia, es claro que la asimetría de información es el gran problema que explica porqué los mercados de salud no funcionan bien. Pero ello no equivale a decir que entonces se debe abandonar el enfoque de mercado para el sector, pues la misma medicina privada ha vivido del enfoque de mercado por mucho tiempo, aunque con las restricciones auto-impuestas a la competencia por precios y a la publicidad abierta.

La competencia tiene la gran virtud de que obliga a los productores a producir bienes o servicios de mejor calidad y a más bajo costo que sus competidores, y de este modo, cuando todos los competidores hacen lo mismo, los consumidores terminan ganando porque podrán consumir bienes y servicios más baratos y de mejor calidad. En los servicios de salud, este resultado esperado no se obtiene, porque la competencia entre productores (y aseguradores) se concentra en aspectos que son menos importantes, es decir, en oportunidad, instalaciones bonitas y trato amable. En salud muy pocos compiten por calidad técnica, es decir, mejores resultados clínicos, pues esta información no es adecuadamente utilizada por el usuario.

Por eso la solución para resolver buena parte de los problemas estructurales del sector es generar

más información para que la demanda tenga cómo escoger aquellos que muestran los mejores resultados clínicos. Y esto se aplica por igual a prestadores y aseguradores, pues si un asegurador tiene una red prestadora cerrada, con muy poca libertad de elección, podría sobrevivir en el mercado solo si logra demostrar mejores resultados clínicos.

Cuando la competencia se concentra en los resultados, todos los problemas que se señalan repetidamente y para cuyas soluciones se proponen reformas a la Ley 100, dejarían de ser importantes y ya no sería necesario buscar más leyes y regulaciones que simplemente pasan el mango de la sartén de un actor a otro, sin la certeza de que se vaya a obtener el mejor beneficio para el paciente y la sociedad en general.

En un contexto de competencia con mayor información, solo será posible aquella integración vertical que genere mejores resultados. La competencia por tarifas, como si todos los servicios fueran exactamente de la misma calidad, dará lugar a una competencia en la que se evalúa la mejor tarifa que ofrezca el mejor resultado clínico. Ningún prestador podrá salir a ofrecer servicios a tarifas reducidas a costa de reducir la calidad, ni podrá ofrecer rebajas en las capitaciones a menos que sea capaz de producir los mismos o mejores resultados clínicos con tales recursos.

En la medida en que se avance hacia la mayor transparencia y fluidez de las relaciones entre la oferta y la demanda, gracias a una mayor información entre ambos, el fin de lucro solo podrá subsistir en la medida que agregue valor a la sociedad. Todo fin de lucro que implique la reducción de valor para la sociedad, bien sea por inducción de demanda, ineficiencia, corrupción, o cualquier otro problema de agencia imperfecta, será limitado de mucho mejor manera que mediante más normas y leyes. En ese contexto será posible establecer transparentemente quién está ganando dinero, quién se está enriqueciendo, pero también será posible saber si está generando un valor agregado a la sociedad, mayor que el dinero que obtiene. Ese es el fin de lucro que permite en otros mercados que la competencia genere bienes y servicios más baratos y de mejor calidad. Ese mismo fin de lucro, que siempre ha existido en el sector de la salud pero con muchas distorsiones que no garantizan su total transparencia, debe hacerse explícito, ponerse abiertamente sobre la mesa y convertirse en un premio solo para quien

agrega más valor a la sociedad que el lucro que extrae para su beneficio.

El problema de la legitimidad

Si se entienden los argumentos planteados en este ensayo, es claro que el fin de lucro no es en sí mismo el problema del diseño del sistema de salud actual, sino más bien las imperfecciones del mercado que permiten que el fin de lucro se ponga por encima del interés por el bienestar del paciente. Pero como se ha dicho, este riesgo también es inherente a los diseños previos del sistema de salud, y el modelo de autonomía total del médico y de pago por evento, no garantiza la adherencia a los principios éticos de la profesión. Tampoco es cierto que la simple presencia de estos principios éticos es garantía suficiente de que todos los miembros de la profesión los observarán correctamente, lo cual pone en duda el supuesto de la agencia perfecta.

Ahora bien, si se acepta entonces que el fin de lucro siempre ha existido y que simplemente la reforma de 1993 lo que hace es poner unos incentivos diferentes y como consecuencia de ello el fin de lucro empieza a actuar en contravía de la autonomía del médico y del pago por evento, la pregunta que se debe plantear es: está un actor privado revestido de la legitimidad necesaria para ejercer las funciones de racionamiento y de control de la ineficiencia, cuando al cumplir correctamente esas funciones deriva de ello un beneficio monetario? En otras palabras, bajo qué condiciones la sociedad debe aceptar que una EAPB se aferre a los límites establecidos por el POS para con ello obtener su ganancia? Esta pregunta se conoce como "el problema de la legitimidad" y ha sido abordado previamente por Daniels y Sabin (1997).

La pregunta es incómoda, porque sin importar que el resultado neto en el agregado social sea positivo, es decir, más salud agregada por el mismo dinero, la situación individual frente al paciente genera tensiones difíciles de abordar para el tercero pagador, y difíciles de entender para el paciente. Pero el problema de la legitimidad puede abordarse con un proceso de educación de los diferentes actores que entran en juego en la distribución de recursos escasos, y no se puede resolver simplemente de manera autoritaria por el pagador aduciendo restricciones de recursos.

El efecto de generar estos espacios de discusión al interior de una EAPB, en los que interactúan el pagador, el prestador, el médico, el paciente, la familia, el gobierno, etc., puede resultar siendo más positivo que negativo. La experiencia que relatan Daniels y Sabin (2002) en otra de sus publicaciones muestra que, cuando se crean estos espacios, el pagador tiene el temor de que se van a disparar las demandas de beneficios por fuera de los planes establecidos; pero, sorprendentemente, el resultado termina siendo el contrario. La explicación que dan los autores es que la creación de estos espacios envía un claro mensaje al asegurado de que su tercero pagador no está actuando de una manera oportunista ni unilateralmente restrictiva, lo cual genera confianza. Al generarse esta confianza, el afiliado ya no ve al tercero pagador como su enemigo al que hay que extraerle la mayor cantidad posible de beneficios, sino que se involucra en el problema del racionamiento, de manera totalmente informada y transparente.

Aquí surge una importantísima lección para Colombia. Aunque es claro que una EAPB con fines de lucro enfrenta un problema de legitimidad por tratarse de la obtención de lucro en una actividad de alto contenido social, este problema puede abordarse de manera proactiva mediante el involucramiento del paciente en los procesos decisorios del tercero pagador.

Lo que sí es claro es que el problema del racionamiento sigue siendo el mismo, independientemente de que los agentes racionadores sean públicos o privados. Volviendo al argumento de los resultados de Daniels (1991) no debería preocuparnos si el mejor resultado se obtiene por la vía del lucro, si éste es más satisfactorio que el resultado que se obtiene con instituciones sin fin de lucro. Como ya se argumentó aquí, los fenómenos de ineficiencia y corrupción que aquejaban a los actores públicos antes de la reforma, eran una buena razón para ensayar un modelo basado en incentivos de lucro. La gran pregunta por responder es si el resultado agregado después de trece años es mejor o peor que en el modelo anterior.

Conclusiones

Este ensayo pretende analizar el argumento en contra del fin de lucro en sus múltiples dimensiones.

y sostiene que el debate sobre el fin de lucro está en el lugar equivocado. Una conclusión rápida que se puede extraer de las premisas del cuadro 1, es que, si se acabara con el fin de lucro, el sistema de salud resolvería buena parte de sus problemas. Pero luego se demuestra que esta recomendación de política no resolvería en nada los males que se le señalan al sistema actual. Estas recomendaciones de política basadas en supuestos incorrectos son las que terminan complicando más el panorama normativo del sector, pues es evidente que esa no es la solución.

En vez de enredar más el acervo normativo del sistema de salud colombiano, los esfuerzos se deben orientar a facilitar las relaciones entre la oferta y la demanda aportando más información a los usuarios sobre el desempeño de los agentes, sean éstos médicos, IPS, o EAPB. Y lo mejor de esto es que para producir dicha información no se necesitan más normas sino crear las instituciones que empiecen a generarla. Se podría decir, sin temor a equivocaciones, que un "ranking" (o método de puntaje) como el de la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, o como el de la Defensoría del Pueblo, producen un efecto positivo sobre las relaciones entre oferta y demanda mucho más potente que cientos de normas que trataran de buscar el mismo efecto. Aún con sus limitaciones, estos "rankings" son el excelente comienzo de un camino hacia sistemas de medición más sofisticados que en un futuro contribuyan a cerrar aún más la brecha de información entre los usuarios y el sistema de salud.

Referencias

- Academia de Medicina (1999). Ley 100: Reforma y crisis de la salud. Prefacio.
- ACHC (2006) Las IPS evaluaron las EPS. Boletín de prensa. <http://www.achc.org.co/boletinprensa.htm>. Accesado en Julio 11 de 2006.
- Acosta OL, Giedion U, Morales LG (2000). Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos. El caso de Bogotá, Colombia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Arrow K (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 53:941-73.
- Assalud (2005). Las reformas de la salud a partir de la ley 100 de 1993: Los logros, las pérdidas, los problemas, acciones a recomendar. Borrador.
- Bitran R., Giedion U, Muñoz R. (2004). Aseguramiento, ahorro y prevención: El caso de Colombia. Banco Mundial. Borrador.
- Busse R (2004). Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*. 23(3):56-67.
- Castaño RA (1999). Medicina, ética y reformas a la salud. ECOE Ediciones.
- Castaño RA (2002). La nueva organización médica: un intermediario más, o un agente que agrega valor? En: Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud, Parte II. Academia Nacional de Medicina.
- Castaño RA, Arbeláez JJ, Giedion U, Morales LG (2001): Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud. Series CEPAL No. 108.
- Daniels N (1991). The profit motive and the moral assessment of health care institutions. *Business and Professional Ethics Journal*. 10(2):3-30
- Daniels N, Sabin J (1997). Limits to health care: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers. *Philosophy and Public Affairs*. 26(4):303-502.
- Gozner M (2004). The 800 million pill. University of California Press.
- Daniels N, Sabin J (2002). Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? Oxford University Press.
- Hsiao W (2000). What should macroeconomists know about health care policy? A primer. IMF Working paper WP/00/136.
- Illich I (1975) Nemesi Médica. Barral Editores.
- Mejía D, Gualteros ML, Betancourt JA, Pardo H, Orjuela A., González LM (2005). Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud – 2005. Defensoría del Pueblo.
- O'Meara G. et al (2003). Impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto de los servicios de salud en Colombia, 2002. CENDEX Universidad Javeriana.
- Patiño JF (2002). Los profesionales de la salud y la Ley 100. En: Ley 100 de 1993: Reforma y Crisis de la Salud, Parte II. Academia Nacional de Medicina.
- Rice TH (1983). The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand. *Medical Care*. 21(8):803-15
- Rodwin MA (1993) Medicine, Money and Morals: Physicians' Conflicts of Interest. Oxford University Press.
- Starr P (1982). The social transformation of American medicine. Basic Books.
- Thompson DF. Understanding Financial Conflicts of Interests. *N Eng J Med*. 1993;329:573-76
- Todd WE, Nash D (1997). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Jossey-Bass, San Francisco.
- Tono T (2000). Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos en siete ciudades. Borrador.
- Weiner J, Gilman S, Lewia R (2002). Organization and financing of British Primary Care Groups and Trusts: observartion through the prism of US managed care. *Journal of Health Services Research and Policy*. 7(1):43-50.
- Zapata JI (2005). La calidad como principio de negociación a la hora de contratar servicios de salud con el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt. *Via Salud*. 34:12-14.