



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**Estudio del universalismo como
principio del sistema de salud
colombiano
Una propuesta desde el ámbito
económico del liberalismo igualitario**

Javier Eduardo Bejarano Daza

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Doctorado en Ciencias Económicas
Bogotá- Colombia

2019

Estudio del universalismo como principio del sistema de salud colombiano

Una propuesta desde el ámbito económico del liberalismo igualitario

Javier Eduardo Bejarano Daza

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:
Doctor en Ciencias Económicas

Director:

Ph.D., Ingeniero. Diego Fernando Hernández Losada

Codirector:

Ph.D., Economista. Jorge Iván Bula Escobar

Línea de Investigación:

Economía del Desarrollo

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas
Doctorado en Ciencias Económicas
Bogotá- Colombia

2019

Dedicatoria

Dedico este trabajo de investigación a Dios, a mi esposa e hijo, y a todos mis seres queridos, especialmente a aquellos que me apoyaron durante el tiempo que requirió el desarrollo del documento.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional de Colombia por el apoyo de Comisión de Estudios, a Colciencias por el apoyo económico, a los profesores Diego Fernando Hernández Losada y Jorge Iván Bula Escobar por la dirección y codirección de la tesis respectivamente, así como el apoyo moral y logístico durante la investigación.

Resumen

El universalismo es uno de los principios fundamentales que ha regido las reformas de los sistemas de salud en el mundo. En Colombia, este se constituyó como un principio básico desarrollado en la Constitución y las leyes que establecen el funcionamiento del sistema de protección social en salud. En ese marco, su alcance ha llegado hasta obtener la cobertura de aseguramiento de casi toda la población de manera eficiente, sin que esto signifique que aún haya acceso universal y equitativo para toda la población al sistema de salud. Las restricciones de acceso se dan principalmente porque el modelo de salud bajo el paradigma neoliberal acentúa las fallas en la asignación de los recursos para los servicios de salud, lo que lleva que el acceso al sistema de salud hasta hoy esté determinado por la estratificación socioeconómica y sea favorecido para aquellos con mayor capacidad económica. El liberalismo igualitario y los fundamentos teóricos de este precepto en la Renta Básica Universal aplicada a la atención en salud, ofrecen una alternativa a la contradicción que existe entre la eficiencia y la equidad, como propósito de la implementación del universalismo en la política social.

Así la aplicación de los principios contractualistas de la libertad real y la igualdad de oportunidades, entendidos como igualdad en la disponibilidad de los recursos, podrían mejorar el acceso universal a los servicios de salud de primer nivel de atención, de manera eficiente y equitativa. Es importante resaltar que la discriminación de las políticas económicas por niveles de atención o complejidad en salud no se ha profundizado hasta este momento, como una alternativa dentro de las reformas planteadas al sistema de salud en Colombia.

Con relación a la equidad de acceso en salud y el universalismo, encontramos que el acceso equitativo se ha definido tradicionalmente con un énfasis desproporcionado en el acceso realizado, lo cual ha venido enmascarando la evaluación y seguimiento de las desigualdades potencialmente mayores que no permiten acceder a los servicios, lo que significa que el uso de las medidas de acceso potencial dará una imagen más precisa de la disparidad en el acceso universal y permitirá intervenir las barreras con políticas que privilegien la igualdad de oportunidades.

Palabras clave: (Equidad en salud, Desigualdad, Eficiencia, Justicia, Aseguramiento, Gasto Público, Competitividad).

Abstract

Universalism is one of the fundamental principles that have governed the reforms of health systems in the world. In Colombia, this was constituted as a basic principle developed in the Constitution and the laws that establish the operation of the social protection system in health. In this framework, its scope has reached the coverage of insurance of almost the entire population in an efficient manner, this does not mean that there is still universal and equitable access for the entire population to the health system. The access restrictions are mainly because the health model under the neoliberal paradigm accentuates the failures in the allocation of resources for health services, which means that access to the health system, until today, is determined by socioeconomic stratification and favoring those with greater economic capacity. The egalitarian liberalism and the theoretical foundations of this precept in the Universal Basic Income applied to health care, offer an alternative to the contradiction that exists between efficiency and equity, as a purpose of the implementation of universalism in social policy.

Thus, the application of the contractualist principles of real freedom and equality of opportunities, understood as equality in the availability of resources, could improve universal access to health services at the primary level of medical care, in an efficient and equitable manner. It is important to highlight that the discrimination of economic policies by levels of attention or complexity in health has not been studied in depth until now, as an alternative within the reforms proposed to the health system in Colombia.

With regard to equity in access to health and universalism, we find that equitable access has traditionally been defined with a disproportionate emphasis on access, which has been masking the evaluation and monitoring of potentially greater inequalities that do not allow access to services, which means that the use of potential access measures will give a more accurate picture of the disparity in universal access and allow to intervene barriers with policies that privilege equal opportunities.

Keywords: (Equity in health, Inequality, Efficiency, Justice, Insurance, Public Expenditure, Competitiveness)

Contenido

Resumen	i
Abstract	ii
Lista de Figuras	vi
Lista de tablas	vii
Lista de abreviaturas.....	ix
Introducción.....	1
1. Capítulo 1	9
El Universalismo y la Seguridad Social en Salud.....	9
1.1 El principio de la universalidad en salud mundial.....	9
1.2 Universalismo en salud para la región.....	14
1.3 Universalismo en Salud para Colombia	20
1.4 Conclusiones	27
2. Capítulo 2	29
Aporte de la Universalización al logro de la Equidad en Salud.....	29
2.1 Introducción.....	29
2.2 Equidad en Salud.....	31
2.3 Marco Histórico de la Equidad	33
2.4 Perspectivas de Equidad	35
2.4.1 Igualitarista.....	35
2.4.2 Utilitarista.....	37
2.4.3 Neoliberal.....	38
2.4.4 Liberalismo igualitario.....	39
2.5 Equidad y economía de la salud	50
2.6 Equidad en América Latina y Colombia.....	55
2.7 Conclusiones	58

3. Capítulo 3	60
Fallas en el mercado de la salud colombiano	60
3.1 Introducción	60
3.2 Integración del Sistema en Colombia	63
3.3 Paquete Básico	65
3.4 Descentralización y Competencia de Mercado	66
3.5 Fallas de los servicios de salud como un bien público o privado	68
3.5.1 Los servicios de salud como un bien público (El Estado también adolece de fallas)	70
3.5.2. Intervención de las fallas del mercado de la salud como bien privado	72
3.6. Información Asimétrica: Riesgo moral, Selección Adversa y evasión en el sistema de salud colombiano	73
3.7 Competitividad del modelo de salud colombiana	79
3.7.1 Fallas en la competitividad del modelo de salud en Colombia (variables de oferta, demanda, acceso, calidad)	84
3.7.2 Fallas en el acceso y la calidad	90
3.7.3 Amenazas para la sostenibilidad Financiera	93
3.8 Conclusiones	93
4. Capítulo 4	95
Eficiencia del Fondo de Protección Social como instrumento de la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia	95
4.1 Introducción	95
4.2 Del Aseguramiento en Salud	100
4.3 De la Prestación de Servicios	102
4.4 Los Fondos de Protección Social	108
4.5 Solidaridad	115
4.6 Unidad de Pago por Capitación- UPC	117
4.7 Medicamentos	119
4.8 Presupuesto en Salud (Gasto Público en Salud)	121
4.9 Eficiencia relativa de los sistemas de salud:	125
4.9.1 Sistema de salud del Perú	127
4.9.2 Sistema de salud de Cuba	129
4.10 Financiación del gasto público en salud	132
4.11 Proporción del gasto privado en el gasto total en salud	136
4.12 Sector Privado de la Salud	137

4.13 Conclusiones	138
5. Capítulo 5	142
Equidad en el acceso a la atención médica en Colombia y otros países de la OCDE: un análisis comparativo desde la perspectiva de justicia de Rawls.....	142
5.1 Introducción.....	142
5.2 Equidad en el acceso a la salud	147
5.2.1 Análisis de las características individuales de acceso.....	154
5.3. Análisis del acceso colectivo en Colombia y otros países de la OCDE.	156
5.3.1 Equidad en el acceso en Colombia	160
5.3.2 Equidad en el acceso en Chile	164
5.3.3 Equidad en el acceso en los sistemas de salud de la OCDE	166
5.4 Conclusiones	173
6. Capítulo 6.	176
Conclusiones generales y propuestas para un esquema financiero básico y universal en salud	176
6.1 Intervención sobre las variables de acceso individual	186
6.1.1 Ingresos.....	186
6.1.2 Seguro de salud	187
6.1.3 Costo del servicio (Precio)	189
6.1.4 Especialidad del proveedor	190
6.1.5 Tiempo de viaje (distancia) y hora de la cita.....	192
6.1.6 Tiempo de espera	192
6.1.7 Oportunidad con el médico o especialista.....	193
6.2 Recomendaciones para estudios posteriores	196
Bibliografía.....	199

Lista de Figuras

	Pág.
FIGURA 1-1: CUBO DE LA COBERTURA UNIVERSALIDAD	13
FIGURA 2-1: CONCEPTO DE SALUD Y ÁMBITO DE LA SALUD	31
FIGURA 2-2: FLUJO DE APORTE DE LA UNIVERSALIZACIÓN A LA EQUIDAD	58
FIGURA 4-1: COMPORTAMIENTO DEL GASTO RELATIVO DE SALUD COLOMBIA.....	124
FIGURA 4-2: GASTO RELATIVO EN SALUD OCDE	126
FIGURA 5-1: PERSPECTIVAS DEL ACCESO A LA SALUD	154
FIGURA 5-2: EJEMPLO DEL ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ACCESO POTENCIAL Y REALIZADO	155
FIGURA 6-1: DISEÑO DEL ESQUEMA DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA CON BASE EN RB	195

Lista de tablas

	Pág.
TABLA 1-1: CARACTERÍSTICAS DEL UNIVERSALISMO Y SELECTIVISMO	26
TABLA 2-1: CARACTERIZACIÓN TEÓRICA DE LAS PERSPECTIVAS DE EQUIDAD	47
TABLA 3-1: FALLAS DEL MERCADO DE LA SALUD COLOMBIANO	78
TABLA 3-2: FALLAS EN LA COMPETITIVIDAD DEL MODELO DE SALUD COLOMBIANO	92
TABLA 4-1: FUENTES Y USOS DE LAS SUBCUENTAS DEL FOSYGA	111
TABLA 4-2: PASIVO DIFERENCIADO POR REGÍMENES.....	134
TABLA 5-1: VARIABLES RELACIONADAS CON EL ACCESO EN SALUD OCDE.....	159

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Significado
<i>ACA</i>	Ley de Atención de Salud Asequible
<i>ACEMI</i>	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
<i>ADRES</i>	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
.	
<i>AIC</i>	Agencia de Atención Integrada
<i>APS</i>	Atención Primaria de Salud
<i>AVACs</i>	Años de Vida Ajustados por Calidad de Vida
<i>AVADs</i>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<i>BID</i>	Banco Interamericano de Desarrollo
<i>CEPAL</i>	Comisión Económica para América Latina
<i>CID</i>	Centro de Investigaciones para el Desarrollo
<i>CNSSS</i>	Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud
<i>CREE</i>	Impuesto sobre la Renta para la Equidad
<i>CRES</i>	Comisión de Regulación en Salud
<i>CTC</i>	Comités Técnicos Científicos
<i>DALYS</i>	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
<i>DANE</i>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<i>DCFE</i>	Deep Coverage For Everyone
<i>ECAT</i>	Seguro de Riesgos Catatróficos y Accidentes de Tránsito
<i>EE.UU</i>	Estados Unidos
<i>ENDS</i>	Encuesta Nacional de Salud
<i>EPS</i>	Entidades Promotoras de Salud
<i>EPS-S</i>	Entidades Promotoras de Salud Régimen Subsidiado
<i>ESE</i>	Empresas Sociales Estatales
<i>ESS</i>	Empresas Solidarias de Salud
<i>EVN</i>	Esperanza de Vida al Nacer
<i>FAH</i>	Financial Assistant Health
<i>FCV</i>	Fundación Cardiovascular

<i>FONASA</i>	Fondo Nacional de Salud
<i>FONPET</i>	Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales
<i>FOSYGA</i>	Fondo de Solidaridad y Garantía
<i>FONSAET</i>	Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud
<i>FUC</i>	Fondo Universal Ciudadano
<i>IGC</i>	Índice Global de Competitividad
<i>INCI</i>	Instituto Nacional para Ciegos
<i>INR</i>	Impuesto Negativo sobre la Renta
<i>INVIMA</i>	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
<i>IPS</i>	Institución Prestadora de Salud
<i>ISAPRE</i>	Institución de Salud Previsional
<i>ISS</i>	Instituto de Seguros Sociales
<i>IVA</i>	Impuesto al Valor Agregado
<i>MIAS</i>	Modelo de Atención Integral en Salud
<i>NHS</i>	Servicio Nacional de Salud
<i>OCDE</i>	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<i>ODM</i>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<i>OIT</i>	Organización Internacional del Trabajo
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PAC</i>	Planes de Atención Complementaria
<i>PAI</i>	Programa Ampliado de Inmunizaciones
<i>PGN</i>	Presupuesto General de la Nación
<i>PCHM</i>	Patient Centered Medical Home
<i>PHI</i>	Seguro de Salud Sustituto Privado
<i>PIB</i>	Producto Interno Bruto
<i>POS</i>	Plan Obligatorio de Salud
<i>POS-S</i>	Plan Obligatorio de Salud Régimen Subsidiado
<i>P y P</i>	Promoción y Prevención
<i>QALYS</i>	Años de Vida Ajustados por Calidad de Vida
<i>RB</i>	Renta Básica Universal
<i>RC</i>	Régimen Contributivo
<i>RHA</i>	Agencias Regionales de Salud
<i>RS</i>	Régimen Subsidiado
<i>SIDA</i>	Síndrome de Inmunodeficiencia Humana
<i>SHI</i>	Seguro Social de Salud
<i>SGP</i>	Sistema General de Participaciones
<i>SGSSS</i>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<i>SMMLV</i>	Salario Mínimo Mensual Legal Vigente
<i>SISBEN</i>	Sistema de Identificación de Beneficiarios
<i>SOAT</i>	Seguro Obligatorio para Accidentes de Tránsito
<i>SOGC</i>	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
<i>SSMP</i>	Sistema de Salud de la Fuerza Pública y la Policía Nacional
<i>TMI</i>	Tasa de Mortalidad Infantil
<i>UHC</i>	Universal Health Coverage
<i>UPC</i>	Unidad Per Cápita
<i>USA</i>	United States of America
<i>UK</i>	United Kingdom
<i>VIH</i>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<i>WEF</i>	World Economic Forum
<i>WHO</i>	World Health Organization

Introducción

Existen fallas importantes y reconocidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, fundamentalmente en la financiación, el acceso y la calidad de la prestación de los servicios, a pesar de alcanzar la cobertura de aseguramiento en salud para casi la totalidad de los ciudadanos. Este estudio pretende investigar y demostrar por qué no se ha alcanzado aún el universalismo que fundamenta el sistema de salud, independientemente del avance significativo en la cobertura.

La Constitución política de Colombia define la seguridad social como un servicio público que debe ser provisto bajo la dirección del Estado, en sujeción a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. La Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 invocan la universalidad como principio del Sistema de Salud en Colombia.

En Colombia aún no se han diseñado estudios que validen si los principios de la Seguridad Social integral se aplican totalmente, de manera que favorezcan el cumplimiento del objeto del sistema, que se enuncia como *“garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana...El sistema comprende obligaciones del Estado y la sociedad, (Ley 100, 1993).*

La universalidad se encuentra entre los otros principios fundamentales relacionados en el articulado de la Ley como son la eficiencia, la solidaridad, la integridad, la unidad y la participación. La importancia de la universalidad como fundamento para el diseño de la política social (Hernández, 2005) radica en que este principio ofrece una alternativa para el desarrollo de la calidad de vida y la prestación de los servicios de salud con calidad para todos los miembros de la comunidad, incluyendo la población pobre y más vulnerable, a través de instituciones públicas, de máximo reconocimiento científico, y de la aplicación de estrategias adecuadas de salud pública.

Como lo explica Sarmiento (1998), si se quiere llegar a la universalización de la atención en el sector de la salud es necesario hacer esfuerzos para que las poblaciones empobrecidas tengan derecho a ser atendidos en los hospitales y centros de salud, no solo como un servicio social básico sino en condiciones de dignidad y ajustadas a derecho.

Diego Hernández (2005) demuestra que el selectivismo se ha convertido en una estrategia dominante de la política social, que implica la focalización en la población pobre para la asignación de recursos del presupuesto nacional y de los municipios, que están condicionados por el control y las restricciones fiscales que han impuesto los organismos multilaterales. Así queda demostrado que el Sistema de Identificación y Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), ampliamente implementado como mecanismo de identificación para otorgar los subsidios a la demanda del gasto social, no se constituye como una herramienta orientada a alcanzar el principio de la universalidad, dejando como consecuencia un gran porcentaje de la población colombiana sin posibilidad de acceder a servicios de salud con calidad.

El selectivismo con estas fallas de implementación ahonda la trampa de la pobreza en la población vulnerable y limita el acceso a los servicios de calidad a aquellos con capacidad de pago. Aunque ha habido un aumento en la cobertura del Régimen Subsidiado (RS), este aumento no ha sido eficaz en la asignación de subsidios debido a problemas de diseño técnico en la prueba de medios proxy llamada Sistema de Identificación de Beneficiarios del Servicio Social (SISBEN). (Beltrán, 2013).

En el sector de la salud, se alcanzó prácticamente la universalización de aseguramiento, pero poco sabemos de la universalización de acceso. Es necesario hacer esfuerzos para que los más pobres tengan derecho a ser atendidos con la misma calidad de atención, no solo como un servicio social básico, sino como un derecho sostenible en todos los niveles de complejidad. A partir de la reglamentación de la Ley 60 y la ley 100 del año 1993, se definió en Colombia la focalización o selectividad como mecanismo de asignación del gasto social para la población más vulnerable. Esto se desarrolló institucionalmente por medio del sistema de subsidio a la demanda y los procesos de descentralización de recursos, en lo que se denominó el régimen subsidiado de salud dentro del modelo neoliberal de financiación para

la política social. Este mismo modelo impone la lógica del mercado y libre competencia en el aseguramiento y en la provisión de servicios para los regímenes contributivo y subsidiado, ambos regulados por el Estado.

La Ley 60 de 1993 que establece la focalización, en materia de salud se dirige a la financiación de subsidios de la población más pobre, con el objetivo de lograr un aseguramiento que garantizara el acceso efectivo, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Ordenó que con criterios de focalización se garantizara la asignación del gasto social a los grupos más pobres y vulnerables, atendiendo lo plasmado en la Constitución Política de 1991. (Vargas, 2004).

El gobierno nacional desde entonces determinó la canalización de los recursos para financiar la salud en los territorios y los cotizantes al sistema por medio de las rentas cedidas; las transferencias a través del Sistema General de Participaciones (SGP); regalías directas; las cotizaciones y aportes patronales entre otras fuentes, considerando la eliminación progresiva del subsidio a la oferta como modelo de asignación de recursos para clínicas y hospitales. En consecuencia, el Estado marchitó instituciones que cumplían el propósito de proveer servicios de salud a todas las personas, afectando el acceso a la oferta, pero aumentando la cobertura de aseguramiento en salud.

Según Úrsula Giedion (2009) las ventajas de la cobertura universal se reflejan en el impacto del seguro de salud sobre el acceso, el cual ha aumentado especialmente para los pobres; sus estudios confirman que en el RS ha mejorado el acceso, aún para los medicamentos. Los asegurados por el RS tienen aproximadamente un 40 % más de probabilidades de haber asistido a consultas ambulatorias y casi 20% de probabilidades de haber experimentado barreras de acceso cuando necesitaron atención, pero las personas aseguradas reportan más los problemas con el acceso debido al suministro limitado que los no asegurados, así como en las áreas rurales más que en las urbanas, lo cual indica que una vez que el seguro de salud reduce las barreras financieras para el acceso, comienzan a incidir otras variables importantes.(Giedion & Uribe, 2009).

Sin embargo, estudios más recientes evidencian que el acceso general a la atención médica en Colombia entre las poblaciones aseguradas y no aseguradas disminuyó, siendo además

inequitativo y proporcional al nivel de ingresos de la población. (Arrivillaga, 2016, Guzmán, 2014, Ayala, 2014; Restrepo, 2014).

La estratificación socioeconómica como medio de identificación para la focalización individual constituye uno de los problemas estructurales del sistema, porque éstos son instrumentos que miden y clasifican “pobres abstractos” y no personas en situaciones particulares. La regulación a través del SISBEN es eficiente en el sentido que ha permitido optimizar la asignación de recursos focalizados en la salud de la población más vulnerable y lograr el aseguramiento casi total de la población, pero no garantiza la equidad en el acceso a todos los niveles de atención, ni la calidad de la prestación de los servicios.

El Estado, en su afán por focalizar la política social, ha olvidado proteger a todas las personas que por su condición se encuentran en desventaja, y no solamente por el nivel de ingresos, también olvidó proteger a aquellas personas que además tienen una condición física o mental que los hace improductivos, como es el caso de personas con enfermedades raras, y que hacen fracasar estructuralmente el modelo de financiación. También existen problemas coyunturales, especialmente reflejados en la sostenibilidad financiera del sistema (Gaviria, 1999).

El Ministro de Salud en Colombia durante el periodo 2012-2018 Alejandro Gaviria, expresó en ese sentido: *“La complejidad de los sistemas de salud no es solo administrativa, es también filosófica o valorativa. Involucra un choque de principios o derechos. Un dilema bioético. Un desafío democrático. Me explico con un ejemplo, con el problema de la presión tecnológica. Los nuevos medicamentos contra el cáncer cuestan mucho, 800 o mil millones de pesos al año, y aportan relativamente poco, la sobrevida promedio es de apenas tres meses. ¿Deben ser pagados por los sistemas públicos de salud? Si la respuesta es sí, ¿cómo hacerlo sin llevarlos a la quiebra? Si la respuesta es no, ¿cómo hacerlo sin afectar los derechos fundamentales? Al fin y al cabo, estamos hablando de vidas humanas, de una ponderación compleja entre los derechos individuales y los colectivos, entre la vida de un paciente y los recursos para la atención de todos los demás.*

Buena parte de los problemas financieros de nuestro sistema de salud viene de allí, de nuestra incapacidad colectiva de enfrentar decididamente este dilema democrático y bioético. El control de precios por sí solo no resuelve el problema” (Gaviria, 2017).

Este documento es una investigación teórica, no experimental, desarrollada con el propósito de estudiar el alcance del universalismo en salud, posterior a la reforma establecida por la Ley 100 de 1993 en Colombia, y evaluar los efectos de las políticas de salud desde la perspectiva económica del liberalismo igualitario.

Tomando como referentes para las investigaciones de ciencias sociales y económicas, y adaptado a esta tesis doctoral, Quivy y Campenhoud (1992) proponen para este tipo de aproximaciones teóricas un lineamiento metodológico que inicia con la formulación de la pregunta central de investigación, seguido de la confrontación de las proposiciones o hipótesis causales del problema; posteriormente se realiza la revisión y estructuración conceptual con fuentes académicas y de ahí surge el análisis de los resultados de investigación para realizar un diagnóstico de la problemática, fijando una posición con base en el marco conceptual, y finalmente definir las conclusiones de la investigación.

Esta investigación se centra en la pregunta ***¿Por qué no se ha alcanzado aún el universalismo en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente del avance significativo en la cobertura?*** Para resolver la pregunta se establecen dos hipótesis descriptivas de las causales de la falta de ejecución del universalismo en el sistema de salud para el país:

Primera, aunque prácticamente se logró la universalización en cobertura de salud, no se ha logrado el universalismo en el acceso a la salud debido a que el paradigma neoliberal, que enmarca la estructura del sistema, privilegia la eficiencia sobre la igualdad de oportunidades imponiendo barreras de acceso derivadas del esquema financiero y administrativo del modelo de salud, aún para los que están asegurados.

Segunda, el modelo actual de asignación de recursos del sistema de salud fue eficiente para lograr las metas de cobertura, pero no el óptimo para el logro de la universalización del acceso.

Esta investigación doctoral tiene como objetivo general estudiar el alcance del universalismo en la implementación de las políticas económicas de la reforma a la salud. Se plantea dentro del paradigma pluralista de aseguramiento en salud, y propende por construir un modelo alternativo al actual esquema de financiación y acceso, desarrollando una propuesta a partir de los preceptos teóricos del liberalismo igualitario y la renta básica universal.

Los objetivos específicos de la investigación son los siguientes:

- Demostrar que el principio del universalismo es un factor determinante para lograr la equidad en salud.
- Determinar por qué no se ha alcanzado la universalidad como principio que fundamenta el Sistema General de Seguridad Social en Salud, vista desde el acceso, independientemente de los logros en cobertura.
- Investigar a profundidad el funcionamiento y la eficiencia del Fondo de Protección Social, para garantizar a todos los ciudadanos un plan de beneficios y acceso *universal*.
- Determinar los parámetros de medición de igualdad y acceso universal, en relación con el ingreso y otros determinantes, y proponer un esquema progresivo para mejorar las oportunidades de acceso a los sistemas de salud en Colombia.

Esta aproximación metodológica para la evaluación de la actual reforma del sistema de salud colombiano incluye la investigación de fuentes secundarias y la combinación con las fuentes teóricas directas de los conceptos, así como de las posiciones que surgen alrededor de cada discurso. Se realizó una revisión cuidadosa y detallada de la información que permitiera indagar la posible relación con los determinantes de la universalización de acceso, agrupada en los siguientes capítulos: primero, *El Universalismo y la Seguridad Social en Salud* en el cual se presenta el marco de referencia e histórico del universalismo en salud a nivel mundial, regional y nacional; segundo, *Aporte de la Universalización para el logro de la Equidad en Salud* donde se presentan las enseñanzas de los enfoques de evaluación de la equidad así como de las experiencias históricas predominantes de las perspectivas; tercero, *Fallas en el*

Mercado de la salud Colombiano que muestra el problema de información asimétrica e incertidumbre de la enfermedad en términos teóricos para la salud y otras fallas derivadas del modelo de salud, así como su influencia en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y la competitividad del modelo; cuarto, *Eficiencia del Fondo de Protección Social como instrumento de la Sostenibilidad del sistema de salud en Colombia*, en el que se hace un análisis comparativo de eficiencia del gasto con otros países de la región, la información de las fuentes, el gasto público y su distribución por regímenes y niveles de complejidad, y el presupuesto nacional asignado, para evaluar la eficiencia respecto a la cobertura y el acceso universal en salud. Quinto, *Equidad en el acceso a la atención médica en Colombia y otros países de la OCDE*: este capítulo es una aproximación teórica del acceso en salud y un análisis comparativo desde la perspectiva de justicia contractualista en la búsqueda de la equidad en el acceso a nivel mundial, particularmente desde la experiencia en el acceso en países representantes de los más reconocidos sistemas de salud y de las inequidades en cada uno de ellos; y finalmente en el último capítulo, se plantean las conclusiones generales sobre los puntos de discusión, con una propuesta final de un nuevo esquema financiero orientada a mejorar el acceso en los primeros niveles de atención en salud, a través de políticas que garanticen la igualdad de oportunidades de recursos en el nivel de ingresos destinados para la salud.

Este trabajo propone un enfoque metodológico crítico para estudiar el alcance del universalismo en el Sistema de Salud de Colombia desde la reforma de la Ley 100 de 1993, bajo la óptica de la justicia social contenida en la propuesta epistemológica del filósofo Jhon Rawls. El documento es el resultado de varias reflexiones que se escriben como conclusiones parciales que giran en torno a los temas relevantes de la universalización del acceso a la salud y el logro de la equidad por este medio. A partir de los retos que impone el estudio de la universalización producto de la reforma del sistema de salud colombiano, especialmente en el choque entre la eficiencia y la equidad como propósito de la implementación de las políticas, se van identificando vacíos conceptuales en el entendimiento de la equidad de acceso, así como en los indicadores actuales individuales y colectivos que evalúan las barreras de acceso al sistema. En este punto, la tesis ofrece aportes al conocimiento uno, en materia de la evaluación del acceso potencial, dos en la definición del comportamiento económico diferenciado del mercado de los servicios de salud, según el nivel de atención y

complejidad dentro del sistema, y tres, la conceptualización de la igualdad de oportunidades como parámetro de evaluación de políticas sociales para el logro de la equidad, ampliando la perspectiva teórica del contractualismo aplicado a la salud.

La construcción del eje metodológico parte de la revisión conceptual del universalismo, el aseguramiento, la equidad en salud, las fallas del modelo de salud y las fallas en la eficiencia financiera, para abordar finalmente un análisis de la causa de la inequidad del acceso, estructurado en el pensamiento crítico sobre los avances del sistema y soportado en una perspectiva evaluativa y balanceada apoyada en los preceptos del liberalismo igualitario y la renta básica universal.

Concluye por reconocer los logros del modelo de competencia regulada y subsidio a la demanda, así como resaltar los problemas coyunturales y estructurales del acceso universal que pueden ser intervenidos a través de una propuesta guiada por los indicadores de acceso potencial y por niveles de complejidad, persiguiendo preservar las medidas que han demostrado eficiencia mediante los resultados de salud en los veinticinco años de implementación de la reforma neoliberal, pero a la vez proponiendo una evolución del paradigma para los primeros niveles de complejidad, a través de la reestructuración del esquema financiero, a partir de la reflexión de los resultados inequitativos y regresivos que ha tenido el sistema en materia de acceso.

Este lineamiento está desarrollado de manera que existe una interrelación entre los capítulos, siguiendo un hilo conductual.

Capítulo 1

El Universalismo y la Seguridad Social en Salud

1.1 El principio de la universalidad en salud mundial

En el presente capítulo se describe la evolución del universalismo como principio de la seguridad social en salud desde los inicios del concepto a nivel mundial en el siglo XIX hasta la fecha. Posteriormente, se explora cómo se derivó hacia el desarrollo de políticas y reformas universalistas de la salud para la región en América Latina y a escala nacional en Colombia.

Aunque en *La riqueza de las naciones* Adam Smith (1776) arguye que la clave del bienestar social está en el crecimiento económico que se potencia a través de la división del trabajo y la libre competencia, considera el padre de la economía que la libre competencia es el medio más idóneo para el crecimiento, afirmando que la intervención en las inversiones por conceder monopolios nacionales resulta inútil por la acción de la mano invisible del mercado. Sobre estas bases se determinó la lógica del mercado como uno de los mecanismos para acceder a los beneficios sociales, pero no para todos, sino sólo para aquellos que se beneficiaran de las riquezas generadas por el intercambio de bienes.

Posteriormente en Alemania, a partir de 1883 se concibieron los primeros pasos hacia la seguridad social en el mundo, a través del canciller Otto Von Bismarck quien propuso al

Gobierno hacerse cargo de los fondos de enfermedad de los sindicatos y de un seguro de enfermedad que compensara las incapacidades y cubriera los gastos de la atención médica de los obreros. Se determinó entonces la responsabilidad del patrón sobre los riesgos laborales de los trabajadores.

Este sistema cubría solo a los trabajadores asalariados, pero era obligatorio. La financiación era compartida entre empresarios y trabajadores y a veces compartida por el Estado. Los accidentes de trabajo y la cobertura de las enfermedades profesionales eran del ámbito exclusivo del empresario, a quien se hacía directo responsable de las contingencias. Pero este sistema sólo cubría a los trabajadores y, por lo tanto, no era universal.

En 2013, se cumplieron 120 años del modelo base de la seguridad social, que estableció la protección para los trabajadores contra vejez, invalidez y enfermedad. Como principios de este primer sistema de seguridad social se determinaron la obligatoriedad, la cotización de empleadores y trabajadores y la regulación del Estado. Este modelo bismarckiano se extendió gradualmente por Europa. Al concluir la Primera Guerra Mundial, se fundó la Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1919. Como primera medida, la OIT estableció el seguro social para los trabajadores y sus familias, mediante el primer acuerdo que protegía a la maternidad. En 1935 se adoptó en los Estados Unidos la ley de “Seguridad Social”, siendo los primeros en usar este vocablo. Nueva Zelanda igualmente lo instauró en 1938 (OIT-AISS, 2001a; Humblet y Silva, 2002).

Pero el concepto moderno de la seguridad social fue desarrollado por William Beveridge en el informe “El Seguro Social y sus Servicios Conexos” (en inglés: “Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services”), publicado en 1942 y aprobado oficialmente en 1948. Este concepto también fue adoptado por Suecia y todos los países del norte de Europa después de la Segunda Guerra Mundial; el concepto proponía un plan de seguridad social que integraba los seguros sociales, la asistencia social y los seguros voluntarios complementarios. En el informe se propusieron seis “principios”, incluyendo el servicio público único, la comprensividad, y la uniformidad en la cotización y la prestación (Beveridge, 1946).

Este sistema se enmarca en el ideario del Estado de Bienestar europeo y es financiado por impuestos controlados por el Parlamento con libre acceso de los ciudadanos. Los usuarios son empleados asalariados asegurados por sueldo o capitación, mientras que los hospitales reciben un presupuesto total. Este sistema es pionero en la inclusión de todos los dispuestos a trabajar, sin edad mínima.

También es pionero en el fomento de la solidaridad, de la uniformidad de las prestaciones y la financiación fiscal. Dicho sistema se denominó Servicio Nacional de Salud. Su estructura de financiación consiste en aportes mayoritarios del Estado ajustados por los empresarios y trabajadores e incluye también opciones de Sanidad Pública.

Una crítica a este modelo, según Rosanvallón (1995), es que es un sistema universalista fundado en la ciudadanía, pero no brinda más que prestaciones ultramínimas. Por esta razón no resistió la crisis del Estado providencia mejor que el modelo bismarkiano.

Las Conferencias Internacionales de la OIT (realizadas con representación tripartita: trabajadores, empleadores y gobiernos) han aprobado una serie de acuerdos (“Convenios” y “Recomendaciones”) sobre seguridad social, reforzando sus principios. La “segunda generación” de estos instrumentos se adoptó después de la Segunda Guerra Mundial, basada en el concepto más amplio de seguridad social y dirigida a toda la población. El más importante de los convenios, No. 102 aprobado en 1952, estableció la llamada “norma mínima” de seguridad social, que reunió varios instrumentos previos y estableció requisitos básicos en cada contingencia social sobre cobertura, prestaciones y condiciones de acceso. Posteriormente, como parte del modelo aprobado en Alma Ata en 1978, se concibieron los principios de solidaridad y universalidad en el acceso a los servicios de salud, la eficacia en función del costo principalmente mediante la promoción de los servicios de atención primaria y de prevención y la participación comunitaria (Mesa-Lago, 2005).

Hoy en día los prototipos clásicos de los sistemas de salud también surgen de las propuestas del alemán Bismark y el inglés Beveridge, los cuales enmarcan los sistemas de salud en dos categorías amplias: 1) el Sistema de Servicios de Salud basado en la Seguridad Social de Bismark (SSH por sus siglas en inglés), el cual provee diferentes fondos para enfermedades a los trabajadores, con la financiación conjunta del Estado, los empleadores y los

trabajadores. 2) El Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) propuesto por Beveridge, un modelo universalista que concibe la financiación del sistema por impuestos no solo sobre los ingresos laborales sino por todas las formas de ingresos en un esquema más progresivo. (van der Zee & Kroneman, 2007).

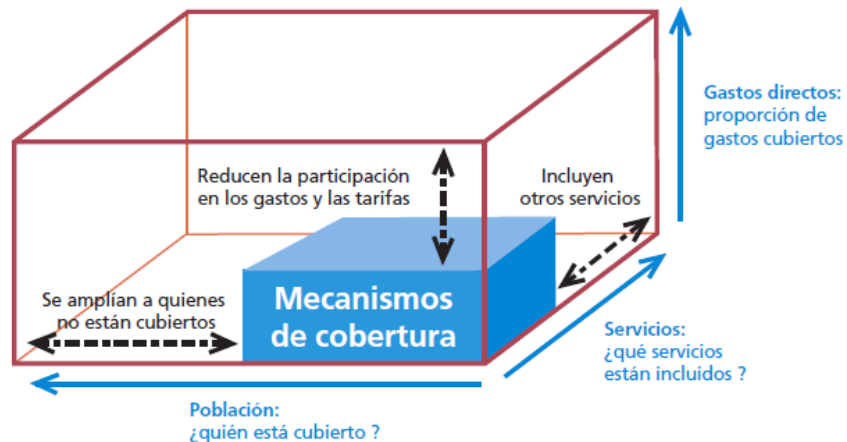
La clasificación estándar de la OCDE en 1987 adoptó los esquemas históricos del aseguramiento universal en tres modelos principales: (1) Seguro voluntario (privado), (2) Seguro Social de Salud (SHI) y (3) Servicio Nacional de Salud (NHS). De acuerdo con el esquema de financiamiento, existen cinco modelos de sistema de salud: (1) seguro voluntario, donde los ciudadanos son libres de elegir asumir el seguro ellos mismos; (2) seguro de salud social, donde los trabajadores pagan contribuciones de su salario a un fondo de salud obligatorio; (3) el sistema de cobertura universal definido por el esquema estatal como el único pagador para toda la población, financiado a través de impuestos; (4) programas residuales financiados por impuestos generales y dirigidos a poblaciones específicas o vulnerables; y (5) seguro Nacional de Salud Obligatorio, donde el Estado exige que todos los residentes tomen un seguro de salud privado con una política de cobertura esencial mínima, utilizando recursos individuales. En este caso, el Estado subsidia a los ciudadanos de bajos ingresos y regula el mercado de seguros (Toth, 2016)

Otro pionero del universalismo es el padre de la economía neoclásica Alfred Marshall en su libro “El porvenir de las clases obreras” (1949). Allí afirma que el Estado debía proveer una educación universal, porque los recursos del mundo y la productividad eran suficientes para proveer las bases necesarias para que todos los hombres llegasen a ser educados. La sociedad, para este autor, estaba obligada a lograr que ningún niño creciera en la ignorancia. Afirma además que «La salud y la fortaleza física, espiritual y moral, son la base de la riqueza social; al mismo tiempo la importancia fundamental de la riqueza material radica en que si se administra sabiamente, aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral del género humano» (Marshall, 1949).

En el año 2010, la Organización Mundial de la Salud determinó la estrategia para cobertura universal en salud. Para ese año la estrategia de cobertura estaba diseminada por todos los países, pero el problema consistía en que ésta no era igual para todos los grupos sociales. Los que están fuera de un “sistema”, que son los grupos de menor ingreso, tienen que pagar

muchos de los bienes y servicios necesarios para los tratamientos de su propio bolsillo. En ese sentido, para subsanar dicha situación la OMS considera que se necesita “una profunda o amplia cobertura para todos” (“deep coverage for everyone”, DCFE), pero en lugar de caracterizarla con el adjetivo profunda (*depth*), se utilizó el término universal; razón por la cual se denominó UHC (Universal Health Coverage) por sus siglas en inglés. (WHO, 2010). Pero no solo la dimensión económica de la cobertura garantiza los beneficios cuando se amplía o profundiza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso, entonces, un modelo cúbico de tres dimensiones: a) la amplitud de la cobertura, b) los gastos (financiera) de la gente y c) los servicios que están cubiertos. La palabra universal significa que en la práctica todos (sean ricos o pobres) reciban la atención que necesitan sin sufrir dificultades económicas injustificadas. Entonces la UHC se funda en los principios de equidad y las necesidades en salud de los ciudadanos, no en la capacidad de pago. Por lo anterior, es relevante la protección financiera: garantizar que la financiación de la atención necesaria que reciba una persona no deje a su familia en la pobreza, así como garantizar la calidad de la atención a través de un tratamiento asequible y adecuado. (Wagstaff, 2013), (Figura 1-1).

Figura 1-1: Cubo de la Cobertura Universal en Salud. (WHO, 2010)



Según el informe de la OMS de 2000, uno de los tres objetivos principales de cualquier sistema de salud es proteger a la población de las consecuencias financieras de la enfermedad.

El seguro de salud se enfoca en otorgar protección financiera mediante la distribución del riesgo financiero y la compensación, teniendo en cuenta que el gasto de bolsillo es "catastrófico" si supera los ingresos de subsistencia del hogar. El modelo de salud de Colombia, a través del Plan Obligatorio de Salud (POS), cubre principalmente la atención ambulatoria para los quintiles más bajos y las enfermedades catastróficas como el SIDA y el cáncer en los quintiles superiores, proporcionando una cobertura esencial y limitada para la atención terciaria, reduciendo la incidencia de gastos catastróficos tanto para los trabajadores autónomos como para los empleados en el Régimen Contributivo (RC) y también para los afiliados del RS. (Giedion & Uribe, 2009).

Al estudiar el alcance del universalismo en el sistema de salud en Colombia, se realizará más adelante una exploración de la dimensión financiera de la cobertura, vista desde la eficiencia en la asignación de los recursos y se hará énfasis en la evolución del acceso universal. Sin embargo, y debido a que la cobertura se ha logrado para casi toda la población, (según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) en 2016 fue del 95,4% de la población, sin incluir los regímenes especiales y de excepción, se puede considerar la cobertura en salud de Colombia como cuasi-universal).

1.2 Universalismo en salud para la región.

Para el caso de América Latina la investigación se centra en la descripción del proceso de evolución del universalismo contenido en el documento del Banco Interamericano de Desarrollo (2006), denominado *Universalismo Básico*. (Molina, 2006).

En este documento se describe la historia del universalismo por períodos. Para el primer periodo, la política social se ordenó alrededor de las tendencias de desarrollo de la economía capitalista en la región desde el siglo XIX (proveedora de materias primas y consumidora de bienes industriales) y en núcleos productivos agrícolas y mineros. Este período se caracteriza por la articulación creciente al mercado mundial, la creación de un mercado de trabajo "libre" y el proceso de homogeneización sociocultural del Estado-nación. Este modelo se denomina Estado capitalista clásico. Durante el segundo período, la política social adquiere los mínimos universales de condiciones de vida garantizados por el denominado Estado social (la

denominación más común en la literatura es Estado de bienestar), que corresponde a la vez al Estado desarrollista, que amplía sustantivamente el acceso de individuos a las políticas y bienes públicos pero no logra romper con la estratificación derivada de las fuertes asimetrías socioeconómicas propias de la estructura de clase emergente durante el proceso de modernización.

El tercer periodo está aún en desarrollo; en este periodo la política social gestiona la flexibilización y precarización del empleo formal y la transformación de los seguros sociales y de las instituciones universales en cuasimercados (mecanismos de competencia en los servicios públicos que tienen asegurada la demanda) estratificados por ingresos. Este régimen es denominado el Estado capitalista neoclásico, pero en este régimen el rol del Estado en materia social queda limitado a un tipo de acciones centradas clientelaramente en la pobreza, pero brindando al menos un acceso parcial a los excluidos.

Según el BID (2006), para la salud en concreto el desarrollo del universalismo en salud se da por enfoques:

El primer enfoque fue el higienista, vigente en la primera mitad del siglo XX, donde se reducen los riesgos a la salud bajo un esquema donde el Estado asumía un activo rol intervencionista, específicamente en el control de las enfermedades transmisibles, las cuales eran amenazas al orden público que requerían de “policía médica” para evitar la propagación de enfermedades contagiosas.

Un segundo enfoque curativista, asociado con el envejecimiento de la población, y con una transición epidemiológica, conocido como el “modelo médico hegemónico”, el cual permitió extender la oferta de servicios de salud. En América Latina su expansión –que ocurrió hasta mediados de la segunda mitad del siglo XX- solo cubría la protección para el sector asalariado formal (asegurado a través de esquemas contributivos) y para los sectores de mayores ingresos (asegurados a través de esquemas de afiliación voluntaria). Los sectores vulnerables eran cubiertos mediante un esquema público asistencialista. Los modelos de protección en salud se consolidaron en estructuras diferentes, dando origen al pluralismo fragmentado.

El tercer enfoque de las políticas de salud surge en las últimas dos décadas del siglo XX, con las reformas derivadas del ajuste estructural neoliberal. En este esquema, el Estado debe garantizar los flujos financieros para el funcionamiento del sistema, pero no necesariamente proveer los servicios. Así, el gobierno pasa a comprar los servicios de salud a prestadores y aseguradores privados, focalizando los servicios públicos en la población no asegurada.

Se buscó consolidar mercados y cuasimercados, lo cual requería de mayor autonomía de los agentes privados en el manejo de los recursos. Como ajuste de la política social, en el marco del denominado Consenso de Washington, se subsidia la demanda en lugar de garantizar la oferta pública de servicios médicos, a través de presupuestos descentralizados permitiendo a los beneficiarios de los seguros sociales la libre elección de la entidad aseguradora.

En este paradigma, la focalización, la privatización y la descentralización se imponen como políticas del modelo dominante. Esto implicó reformas orientadas a la formación de mercados internos en salud y educación, expresadas a través de los cupones educativos para prestadores privados y la tercerización de prestadores para los servicios de salud.

Para 1990 el Banco Mundial sugirió que la política social efectiva no consistiera en aumentar el gasto social sino en una focalización adecuada, por lo que surge un conflicto en las políticas de ajuste por reducir el gasto público y enfocarse en la lucha contra la pobreza por medio de la focalización. El término focalización se definió como la acción destinada a orientar los programas sociales hacia los más pobres, restringiendo el acceso de los no pobres o haciendo que ellos paguen el costo de estos. Igualmente se recoge la visión de eficiencia del gasto público: mientras más certero sea un subsidio en llegar a los pobres, menos serán el desperdicio y el costo para alcanzar el objetivo deseado. Se trata del costo-efectividad. Sin embargo, estas políticas también buscaban preservar o mejorar la equidad en salud. Sen (cit. en Ospina, 2008), manifiesta que el término targeting (“focalización”) concebida como una política para la erradicación de la pobreza se basa en una analogía: un blanco (target en inglés) es algo a lo que se dispara. Pero la analogía no es del todo apropiada, porque la eficiencia depende de que el receptor sea una persona activa, que actúe y responda en beneficio propio. Entonces para Sen se deben ver los “objetos focalizados” como agentes muy activos, y no pasivos receptores de una limosna. Sen (2003) muestra inconvenientes que se presentan en los programas focalizados, la estigmatización y el irrespeto a la privacidad. Finalmente

observa que la focalización se desvirtúa cuando se pretende que sustituya los programas de cobertura universal y sería erróneo pretender que los subsidios a la demanda (focalización) desplazarán a los subsidios a la oferta (programas universales). (Ospina, 2008).

En este punto surge el cuestionamiento de cómo llegar realmente a la población más necesitada, a fin de garantizarle igualdad de oportunidades, además de la premisa universalista de servicios para todos, que ha demostrado limitaciones, especialmente porque la oferta universal se da de manera estratificada. La focalización es un instrumento temporal, parcial, selectivo y complementario y no se constituye como un fin en sí mismo. Para el caso de la salud, la diferenciación por ingresos puede utilizarse para asegurar que todos obtengan el mismo beneficio, articulando en forma estable pujas distributivas bajo principios de equidad. De esa manera, el universalismo tiene como orientación promover la cobertura universal de prestaciones esenciales que cumplan con estándares de calidad, pero nunca debe ser insostenible, generando inestabilidad macroeconómica. La focalización es tan sólo un instrumento y no un fin de la política social (Ocampo, 2001).

El universalismo para América Latina se puede dimensionar desde las transformaciones en los regímenes de acumulación, caracterizada por etapas:

En una primera etapa, que va desde mediados de los cuarentas hasta mediados de los setentas del Siglo XX, el modelo sustitutivo de importaciones en la región, influenciado por el Estado de Bienestar Keynesiano del pleno empleo a nivel mundial y que suponía que la causa real del desempleo era el insuficiente gasto en inversión, se articuló con un sistema de protección social de pretensión universal, aunque estratificado y diferenciado en función de los ingresos. La población que se encontraba por fuera del mercado laboral formal quedó excluida.

La segunda etapa se inicia con el modelo aperturista y neoliberal desde finales de los años setenta. Se construye como subsidiario de un régimen de acumulación que privilegia al mercado como asignador de recursos y espera el “goteo” de los beneficios de este régimen para los menos favorecidos. Pero los indígenas y los sectores rurales, que han sido incluidos de manera subordinada a los mercados capitalistas, permanecen excluidos.

La respuesta de los diversos países ante esta realidad fue la creación de programas de emergencia social selectivos para la población pobre. Estos se han desarrollado desde la

transferencia de una renta mínima no contributiva efectuada por el Estado hasta las denominadas transferencias condicionadas, orientadas a que las familias receptoras de las transferencias cambien sus comportamientos en torno a la escolarización y la medicalización de sus hijos.

Hoy el sector de la seguridad social se ha transformado en un modelo individualista donde cada ciudadano debe hacerse responsable de la financiación de los servicios de seguridad social. El modelo transitó de la financiación a partir de los aportes como impuesto a la nómina (sin contraparte del Estado y alguna parte del empleador) hacia un modelo de cuentas de capitalización individual, administradas por sistemas de seguros privados. Los proveedores privados actúan con una lógica dominante de mercado y actúan con ánimo de lucro, ante la precariedad e ineficacia de la regulación estatal.

En América Latina, los Estados sociales propusieron la universalización de la cobertura, pero rara vez la alcanzaron, debido a las barreras de acceso a los servicios y porque los beneficios para los sectores más pobres estaban configurados por un “estratificación de la calidad” y existían dificultades de acceso por sobrecarga del sistema.

Aquí es importante describir lo que significa el *universalismo básico* para el Banco Interamericano de Desarrollo como ente multilateral de financiación. Según este organismo el universalismo básico pone énfasis en el logro de la equidad, y es un camino para conseguirla, pero además entiende la focalización como un instrumento para permitir la oferta universal. De este modo, para el BID la focalización o el selectivismo se convierten en un medio del universalismo.

Para el BID, por ejemplo, las nuevas modalidades de seguridad social (protección social) que complementan los ingresos de los hogares pobres pueden ser caminos para reducir la vulnerabilidad y romper con los círculos de reproducción de la pobreza. Lograr el universalismo implica reconocerlo a la vez como un instrumento generador de equidad y desarrollo y como una estrategia de política pública basada en la complementariedad entre acciones sectoriales de carácter universal y las transferencias de ingresos de carácter focalizado.

El mecanismo que propuso el BID consiste en que la cobertura universal se piense más allá del principio de selección de beneficiarios de servicios a través de la demostración de recursos, y que estos sean concebidos como derechos y deberes. Este mecanismo busca la superación de dos tipos de universalismo que no consiguen la equidad: el falso universalismo y universalismo ineficaz. En el primero, hay escasez de oferta y el acceso está segmentado en bienes de calidad diferencial. En el segundo, la oferta es efectivamente universal, pero carece de calidad y, además, puede quedarse tan sólo en el acceso sin asegurar los impactos en la población.

No existe universalismo si el Estado no recupera su capacidad de abarcar, desde la autoridad que le compete, la matriz distributiva nacional a través de un gasto social para todos. Se propone, entonces, crear los monopolios o cuasimonopolios estatales en ciertas áreas muy acotadas de prestación de servicios y bienes, lo que no implica la ausencia de agentes privados en la prestación del servicio (terciarización) y posibilitar que, sobre una base universal básica, se ofrezcan sistemas de seguro y ahorro privado opcionales.

El BID afirma que todavía no hay un consenso sobre lo que debería ser universal en salud. En este sentido, una pregunta se hace importante: ¿el universalismo en salud es un fin o un medio? Si se entiende el universalismo como fin para lograr igual salud para todos, la salud debería ser un valor sin precio, pero tiene un costo. En condiciones de mercado se considera que el universalismo como fin aceptaría que el costo de la salud fuera financiado por aquellos con capacidad de pago.

En el universalismo como medio puede ser útil en sociedades donde no hay desigualdades visibles, como los países escandinavos, donde la lucha por condiciones equitativas de salud para todos se logró durante los años cincuenta y sesenta del siglo XX. Se reconoce así que la universalización es un medio para el logro de la equidad. La propuesta concreta del BID para el logro del universalismo en salud está en la aplicación de medidas con mayor racionalidad, como el establecimiento de protocolos médicos, paquetes básicos de servicios y listas de medicamentos genéricos. Dichas estrategias están enfocadas a que el gasto público en salud asuma siempre un papel de corrección de inequidades, a través de su incidencia progresiva según el nivel de ingreso, a través de programas de cuidados médicos, apoyados en

protocolos de diagnóstico y tratamiento según nivel de atención, sin enfocarse en la satisfacción de demandas individuales sino de necesidades de salud pública. (Molina, 2006).

La Organización Panamericana de la Salud, acogiendo las políticas orientadas al logro de la equidad, produjo el documento *Renovación de la Atención Primaria en las Américas*, (2005). Allí, la equidad en salud se establece como uno de los valores intrínsecos de los sistemas de salud. Esta es definida como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud, a los ambientes saludables y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales y de salud. A su vez, la OPS describe al acceso y la cobertura universal como el fundamento de un sistema de salud equitativo; para alcanzar la cobertura universal se requiere eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y a la protección social. Los Sistemas de Salud basados en la APS deben racionalizar el financiamiento de cada uno de sus niveles de atención (OPS, 2005).

1.3 Universalismo en Salud para Colombia

Específicamente para Colombia, según Mario Hernández (cit. en Vega, 2010), durante el proceso de formación de la organización de los servicios de salud en la primera mitad del siglo XX se configuró un sistema de salud fragmentado en tres sectores (privado, de asistencia pública y de seguridad social), el cual explica el desfase entre el ritmo internacional de las políticas y la dinámica nacional (Vega, 2010).

Desde finales de la década de los cuarenta del Siglo XX, y por más de treinta años, Colombia, junto con Panamá, México, Perú, Bolivia, Ecuador y Venezuela, hizo parte del grupo intermedio de países de Latinoamérica con implementación de sistemas de seguridad social, influenciados por el Informe Beveridge y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo. En este marco se logró una cobertura y un desarrollo medio de los sistemas, los cuales estaban menos estratificados, su costo era menor y su situación financiera mejor que en el primer grupo de implementación en países como Brasil o Costa Rica (Mesa-Lago & Bertranou, 1998).

Para este periodo, la cobertura era superior al 50% en la mayoría de los países de la región, pero en Colombia la afiliación era muy baja y apenas llegaba al 18% a través del Instituto de Seguros Sociales (ISS) para los empleados de empresas privadas. En el sector público se desarrolló un sistema de 28 cajas públicas, siendo Cajanal la principal. Al mismo tiempo, las cajas de compensación familiar prestaban servicios de salud que duplicaban el gasto en salud y generaban una gran segmentación. Los recursos los administraba cada caja (Núñez et al., 2012).

Desde finales de los años setentas del siglo XX, en el marco del ajuste estructural impuesto por los organismos financieros internacionales y regionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Banco Interamericano de Desarrollo), y con el propósito de mantener la estabilidad macroeconómica en los países de la región, se redujo el gasto social y se implementó la apertura de los mercados y la participación del sector privado en educación, salud y pensiones.

Según Román Vega estas políticas de ajuste son impuestas sobre los pueblos latinoamericanos por las agencias financieras internacionales, con el propósito de hacer los sistemas de seguridad social más eficientes frente a las exigencias competitivas y de acumulación de capital del modelo de desarrollo económico dominante. (Vega, 2001).

Más tarde, desde inicios de los años noventa del siglo XX, se efectuó la segunda generación del ajuste, caracterizada por reformas con énfasis en la lucha contra la pobreza y la inversión social, en especial a través de cambios en la política pública. Esto se expresó en la descentralización mediante transferencias a los gobiernos locales; la focalización de los programas sociales en la población más vulnerable por subsidio a la demanda y el aumento del gasto público, sin comprometer el pago de la deuda. A comienzos de la década de los noventa del siglo XX existían 50 cajas que tenían 12% de la población afiliada, que sumado con los del ISS apenas superaba el 30%; los costos de la medicina privada solo los podía asumir el 7% de la población y el 63% restante debía acceder a la salud a través de la red de hospitales públicos.

Con la expedición de las leyes 11 de 1986 y 10 de 1990 de descentralización, se da una reorganización general del sector salud en todos sus niveles. Según Restrepo (2015), con esto se pretende, desde el inicio, garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud, para lo cual se apoya en responsabilidades diferenciadas en cada nivel territorial según el grado de complejidad a atender. Si bien la salud es considerada un servicio público que el Estado se compromete a garantizar para todos y en todo lugar, con estas normativas se faculta la prestación a entidades del orden territorial y empresas privadas. Además, se reconoce que existen personas sin capacidad de pago, a las cuales el Estado debe garantizar el acceso al sistema de manera gratuita. Del mismo modo, se regula la participación comunitaria en las juntas directivas de las entidades prestadoras de servicios de salud.

En el ámbito de la salud, los informes del Banco Mundial (1989, 1993) definieron los contenidos de las reformas de salud introducidas en la región en la segunda etapa de la *neoliberalización*: separación de las funciones de financiación y provisión con disminución de la intervención del Estado en la producción de bienes y servicios y en su función reguladora. No obstante, diversos autores muestran la complejidad de regular mercados de aseguramiento por los problemas de información asimétrica, especialmente por el fenómeno de *selección adversa*, aún en países como los EE. UU. (Vargas et al., 2008).

También recomendó introducir varias medidas para mejorar la eficiencia: reducir a la mitad el gasto asignado al tercer nivel de atención por la relación costo beneficio y aumentar hasta tres veces la proporción en el primer nivel garantizando los paquetes básicos; los dos niveles superiores deben ser financiados por los subsectores privado y público. (Mesa-Lago, 2005). Hoy la Constitución política de Colombia de 1991 define la seguridad social como un servicio público que debe ser provisto bajo la dirección del Estado, en sujeción a los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. La Ley 100 de 1993, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015 invocan la universalidad como principio del Sistema de Salud en Colombia.

Estos planteamientos fueron acogidos en Colombia bajo el nombre de pluralismo estructurado en 1997, con base en la reforma a la salud establecida por la Ley 100 de 1993, especialmente en la separación de funciones de financiación, aseguramiento y provisión de servicios.

En el documento *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina* (1997) se describe como, hasta el año 1993, en Colombia los recursos se encontraban mal asignados en el sector centralizado. Con recursos del presupuesto nacional se atendía un sistema fragmentado o segmentado mediante el subsidio a la oferta con duplicación de funciones y desperdicio de recursos: cada institución de seguridad social ejercía un monopolio sobre sus usuarios. Era un sistema asistencial e inequitativo, debido a que gran parte de los empleados públicos tenían asegurado su servicio de salud, pero el resto de la población era atendido por el ineficiente sistema público hospitalario. Generalmente, en este tipo de sistemas fragmentados existen diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos, en particular para los pobres (Musgrove, 1996).

El documento del BID de 1997 de Londoño y Frenk (1997), sintetiza el propósito de la reforma de salud en Colombia de 1993, en eliminar los excesos entre el monopolio del sector público y el modelo de mercado privado, y sugerido para América Latina acorde con las circunstancias que cada país tenga en la elección del consumidor, la orientación hacia los subsidios a la demanda, la competencia entre proveedores y una política de regulación. (Vargas, 2004).

Se requirió la formulación de un paquete de intervenciones esenciales según los análisis de costo-efectividad, con la pretensión de que fuesen implementados en toda la población constituyendo el núcleo de la universalidad. Se propuso la universalización como principio de la reforma con el objetivo de lograr una cobertura de seguridad social en salud para toda la población. La estructura financiera como política económica perseguiría la universalidad como un fin:

“Este nuevo tipo de universalidad, orientada por análisis explícitos de costo-efectividad y aceptabilidad social, evita las trampas de la universalidad clásica, cuya promesa de “todo para todos” ha dado pruebas de ser insostenible incluso en los países más ricos...El financiamiento, se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. En comparación con los arreglos financieros actuales, los subsidios estarían orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona

asegurada representaría un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor” (Londoño & Frenk, 1997).

En concreto, la Ley 100, aprobada en 1993, fue antecedida de un proceso de descentralización ampliado por la Constitución de 1991, que implementó un sistema nacional obligatorio de seguro de salud. La Ley concretó el proceso de reforma que introdujo un modelo de seguro de salud universal, que se conceptualizó con base en las ideas de Alain Enthoven y en el modelo de seguro de salud holandés. El modelo de competencia administrada apuntó a aprovechar las fuerzas del mercado mediante la participación del sector privado en un mercado regulado y creado, bajo el principio de la separación de funciones de provisión y financiación, con oferta de proveedores públicos y privados (Montenegro & Bernal, 2013).

Los planteamientos de A. Enthoven en 1978, se enmarcaron sobre un modelo de salud en el cual se privilegia la elección de un plan de salud por parte del usuario, en el contexto de competencia entre proveedores privados, bajo un esquema de regulación, y dando gran importancia al carácter de costoefectividad de los procesos. (Vargas, 2004). Sin embargo, en Colombia se adoptó por un Plan Obligatorio de Salud en la reforma de 1993.

Alain Enthoven describió el modelo de “competencia administrada” pretendiendo articular la eficiencia y equidad en los sistemas de salud. Este modelo lo concibió sobre los postulados de Kenneth Arrow, con el que compartió espacios académicos durante los años 50, reconociendo las asimetrías de los mercados de servicios de salud y la intervención de un tercer agente. Pero encontraba inequitativo el mercado de seguros de salud, así como la intervención directa del Estado en el Medicare y Medicaid en EE.UU. (Hernández, 2008). Fue entonces que planteó un modelo de mecanismos de regulación del mercado de aseguramiento, sobre un esquema de competencia donde el precio de las pólizas no fuera el incentivo que moviera el mercado, sino que fuera estimulado por la demanda o el número de afiliados, buscando mantener la eficiencia, la equidad y la libre elección. (Enthoven, 1978).

El “pluralismo estructurado¹ organiza a los agentes en cuatro núcleos interdependientes definidos según sus funciones: regulación, financiamiento, articulación (aseguramiento) y

¹ Sistemas de salud con varios componentes articulados para el aseguramiento, la prestación de servicios y la financiación.

prestación de servicios (Rangel, 2004). Pero hoy en Colombia se tiene un sistema de salud compuesto por tres componentes: primero, una base regulatoria encabezada por el Ministerio de Salud, que además se encarga de financiar el sistema a través de un fondo llamado ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) (anteriormente Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA), que recolecta y distribuye los recursos del sistema, obtenidos de los impuestos generales y la contribución nominal equivalente al 12.5% del salario.

Un segundo componente lo configuran las aseguradoras llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) a las cuales es obligatorio afiliarse a través del RC para los trabajadores con contrato de trabajo o independientes o el RS para la población calificada como pobre de acuerdo al sistema de clasificación del SISBEN. Estas aseguradoras pueden ser públicas o privadas en ambos regímenes. El ADRES garantiza el financiamiento de la atención a los miembros del RC, pero también contribuye a la solidaridad con el RS, los gastos catastróficos y la promoción de la salud.

El tercer componente del sistema incluye a los proveedores de atención médica correspondientes a clínicas, hospitales y profesionales que reciben pagos del sistema regulatorio en casos especiales de RS, por parte de la aseguradora o directamente de los usuarios. Este sistema de pagadores múltiples tiene componentes principales del modelo de Seguro de Salud Nacional Obligatorio y se rige por el principio de universalidad. En este contexto socioeconómico, en el año 2005 se desarrolla la tesis doctoral denominada “La importancia de la Universalidad como fundamento para el diseño de la política social” (Hernández, 2005), que explica cómo la universalidad aboga por los que tienen talento, pero además por los que tienen la posibilidad de desarrollarlo. Estos principios explican las ventajas del universalismo, introduciendo los principios de la teoría contractualista de la justicia, también llamada *liberalismo igualitario*, como soporte conceptual para el logro de la universalización y por lo tanto de la equidad. (Tabla No 1-1)

Hernández (2005) también describe que una sociedad es más justa aplicando el principio de universalidad pues amplía las oportunidades, para los mejor dotados o aventajados como para

quienes pueden llegar a serlo, tomando los preceptos de John Rawls. Esta idea lleva a que los principios de justicia sean universales. (Arrow, 1973).

Tabla 1-1: Características del Universalismo y Selectivismo.

PRINCIPIO	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO	IMPERFECCIONES
Universalismo	Política pública dirigida a todos los miembros de la comunidad, incluyendo la población pobre. Es el derecho que reconoce la sociedad a los ciudadanos, permitiéndoles el acceso libre a los bienes sociales, indispensables para la libertad real.	Equidad	Impuestos y costos elevados Ineficiencia
Selectivismo	Selección, estratificación y focalización de la población pobre y vulnerable para la asignación de recursos públicos.	Eficiencia	Trampa de la pobreza

NOTA: Esta tabla describe las características, el objetivo y las fallas del universalismo contra el selectivismo.

En el área de la salud, la focalización o selectivismo se relaciona con el concepto de enfoque de riesgo, lo que significa que las intervenciones se dirigen a aquellas poblaciones que exhiben ciertas características o comportamientos que estadísticamente han sido asociados con un riesgo elevado de morbilidad o de mortalidad. Desde la perspectiva económica, la focalización implica la identificación de individuos o grupos de población vulnerable, que sean elegibles para recibir beneficios con base en criterios de nivel de ingreso. (Ospina, 2008).

En este punto, es importante resaltar posiciones contrarias a la visión del BID respecto al universalismo y el selectivismo. Por ejemplo, para Lo Vuolo (1995) el enfoque selectivista anula el componente universalista, reemplazándolo por políticas residuales que no aportan realmente a la construcción de redes de seguridad, ni a la equitativa distribución de la riqueza o del ingreso, que son el tema central de la eficiencia económica.

También se evidencia que la implementación de políticas de universalización en los programas de salud ha sido una estrategia para el logro de la equidad, lo cual se expresa desde los planteamientos liberales, en políticas como aumento de cobertura en la afiliación, y desde la óptica igualitarista, a través de la universalización en el acceso. Las reformas de salud basadas en estos enfoques de equidad o de eficiencia aún no logran la igualdad de oportunidades, ya que mantienen la estratificación y permiten la existencia de diferentes tipos de acceso a los servicios a diversos grupos poblacionales, en sistemas que distan de ser sistemas verdaderamente universales y equitativos.

Por lo anterior, el acceso universal a los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen los países de mediano y bajo ingreso. (Restrepo et al., 2014). Según Ayala (2014), el acceso general a la atención médica en Colombia entre las poblaciones aseguradas y no aseguradas disminuyó en términos absolutos en alrededor de 3.6% entre 1997 y 2012. Por esta razón, se dedica un capítulo al estudio del acceso en salud y cómo ha sido su desempeño en Colombia y en relación con otros países.

1.4 Conclusiones

El universalismo es uno de los principios fundamentales que han regido las reformas de los sistemas de salud en el mundo. En Colombia, este se constituyó como un principio básico desarrollado en la Constitución y las leyes que establecen el funcionamiento del sistema de protección social en salud. En ese marco, su alcance ha llegado hasta obtener la cobertura de aseguramiento de casi toda la población, sin que esto signifique que haya acceso universal y equitativo para toda la población al sistema de salud. Esto se da principalmente porque el modelo de salud bajo el paradigma neoliberal ha centrado sus objetivos en la eficiencia, a través de ajustes institucionales que privilegian la participación del mercado en un modelo de competencia entre entidades públicas y privadas, regulado por el Estado, con descentralización de los recursos y políticas de focalización y subsidios a la demanda que mantienen la estratificación y permiten la existencia de diferentes tipos de acceso a los servicios a diversos grupos poblacionales, en un sistema que dista aún de ser verdaderamente universal y equitativo.

Los cambios ocurridos en las dos últimas décadas del siglo veinte en la organización de los regímenes de acumulación de capital y la influencia activa sobre las políticas de seguridad social por parte de los organismos multilaterales han gestado un modelo de seguridad social que privilegia la lógica del mercado sobre el modelo de provisión estatal, que ha demostrado fallas persistentes, pero también logros importantes especialmente en la cobertura de servicios de salud, la cual lo hace eficiente en la universalización de aseguramiento, pero inequitativo en el acceso. Se hace necesario entonces establecer un nuevo paradigma en el modelo, así como profundizar en el estudio del acceso a la salud en Colombia y observar el alcance del universalismo entendido como el ingreso a los servicios cuando se necesitan para toda la población. Igualmente, hay que evaluar la dimensión de la libertad de elección y la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud. Hasta este momento, no se ha profundizado en el estudio de la implementación de políticas de salud por niveles de atención o complejidad, lo cual podría llevar a una evolución del enfoque económico para el sistema de salud, que permita el acceso y la cobertura universales de manera equitativa, sostenible y eficiente.

Capítulo 2

Aporte de la Universalización al logro de la Equidad en Salud

2.1 Introducción

Frenz y Titelman (2013), de la División de Financiamiento para el Desarrollo de la CEPAL, en el artículo *Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina*, describen cómo se están dando, y de manera creciente en la región, políticas sociales integradas a reformas que buscan contribuir a la equidad social. Es importante saber si estos programas representan la universalización de los bienes sociales conforme a las necesidades de los grupos vulnerables, en un enfoque de universalismo proporcionado o si, por el contrario, solamente obedecen a políticas focalizadas (Benach et al., 2013). Al respecto, para el caso de la salud, es necesario definir si las reformas que pretenden la equidad como principio lo buscarán a través de la provisión universal de la cobertura, de un paquete básico de servicios en la atención integral o si abarcan una acción sobre el conjunto de determinantes sociales de la salud (O'Connell, Rasanathan, & Chopra, 2013) (Figura 2-1).

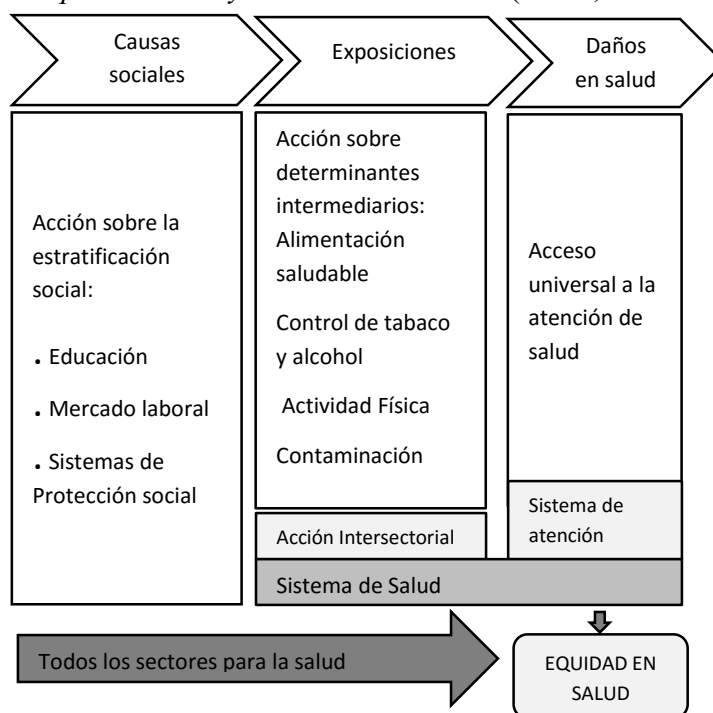
La equidad, en particular, es uno de los elementos centrales de los procesos de reforma del sector salud (Solimano, Vergara, & Isaacs, 1999). En general, las reformas apuntan a la cobertura con niveles mínimos de servicios de salud especialmente dirigidos a grupos

vulnerables, tradicionalmente desprovistos de la seguridad social por la condición de pobreza o informalidad (Tolentino, 2009, Paim et al., 2011).

En la última generación de reformas en la región se denotan las tensiones entre distintas definiciones sobre los principios de equidad y universalización, entendida esta última como universalidad de cobertura en la afiliación, que es distinta a la universalización en el acceso, que parte del principio de no imposición de restricciones a los tipos o niveles de servicios de salud a los que se necesita tener acceso. Bajo esta definición, la salud en condiciones de igualdad solo se logra por políticas públicas universales, solidarias e incluyentes (Etienne, 2013).

Sin embargo, de esta definición de acceso universal nace otra tensión por el cuestionamiento de la *trampa de la universalidad clásica, cuya promesa es “todo para todos”* que como se resaltó previamente ha dado pruebas de ser insostenible incluso para países de alto ingreso. Un Estado responsable buscará la eficiencia, entendida como optimización de los recursos escasos y no solo la equidad. La financiación del Estado no es ilimitada y los gastos por encima del mínimo esencial profundizan el déficit fiscal que los contribuyentes deben pagar y hacen el sistema insostenible. (García & Chicaiza, 2010).

La equidad se convierte así en un principio que se logrará solo cuando se garanticen las condiciones de acceso y cobertura universales del servicio con calidad y sin distinciones sociales. Esto genera una relación estrecha y bidireccional entre los dos principios, que involucra características económicas y sociales, además de la intervención sobre los determinantes, con el propósito de obtener las mismas oportunidades de acceso en salud para lograr la ausencia de las desigualdades injustas.

Figura 2-1: Concepto de Salud y ámbito de la Salud. (Frenz, Titelman, 2013).

2.2 Equidad en Salud

Para el estudio de la equidad se parte de la definición del ensayo clásico, *Los conceptos y principios de la Equidad en Salud* de Margaret Whitehead (1991), donde se definen las inequidades en salud como aquellas desigualdades que son injustas, evitables y se rigen por procedimientos imparciales. El término *inequidad* tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, “*para calificar una situación dada cómo inequitativa, es necesario examinar la causa que le ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad*”.

Otra clásica enunciación la dan Robert Holzmann y Steen Jorgense (2003), quienes proponen una visión utilitarista de la equidad, esta vez como resultado de un buen manejo del riesgo, permitiendo la distribución equitativa del bienestar entre los individuos y en la sociedad. Aun cuando los estratos de ingresos más bajos tienen menor capacidad de cubrir y equilibrar el riesgo, el sistema de aseguramiento disminuye esta desigualdad. Desde este punto de vista,

el aseguramiento universal aproximaría la población a la equidad por disminución del riesgo financiero de la enfermedad.

La equidad en salud es definida por Paula Braveman como la ausencia de desigualdades en salud que están sistemáticamente asociadas con las ventajas o desventajas sociales (Braveman et al., 2003). Este concepto no se puede medir directamente porque valora las desigualdades desde distintas perspectivas y con distintos criterios para definir lo que es injusto (Farr, 1988). Medir las desigualdades con pruebas objetivas de las diferencias en salud se convierte en el primer paso para identificar estas inequidades (OPS, 1998).

Existen desigualdades naturales como las variables relacionadas al género, la edad, o aún desigualdades aceptadas por la sociedad como justas y que ya no lo son, como lo fue la esclavitud, o la insalubridad y que se superan con el tiempo mediante cambios sociales que surgen de la ética y la moral. Por lo tanto, hablar de desigualdad no es lo mismo que hablar de inequidad; esta última incorpora en su concepto el valor de justicia. El término “inequidad en salud” está relacionado con la desigualdad sanitaria en un país por causas sociales, económicas y jurídicas (Krieger, 2002).

Entonces como lo afirman Chicaíza, Rodríguez y García. (2006) el significado de equidad depende más de cómo se define la justicia social. Desde el punto de vista económico es la posibilidad de consumir servicios cuando son necesarios, independientemente de los recursos del individuo. Por ejemplo, en una visión igualitaria de la justicia la equidad exige que el individuo de mayores ingresos pague más y el de menores ingresos no enfrente más restricciones. (Chicaiza, Rodríguez & García, 2006).

Ahora bien, la Constitución Nacional y el marco legal en Colombia adoptan la equidad como criterio para la focalización de subsidios a la salud para la población más vulnerable y la relación con la equidad puede definirse como la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de acceso y utilización de servicios de salud. Además, la definición de equidad incide sobre la del gasto público, es el caso de la Contraloría General de la República (1994) que define el gasto público social como aquél que admite juicios de equidad, admite el principio de exclusión, es administrado por una entidad pública, permite identificar al usuario y que el subsidio monetario de corto plazo sea cuantificable. Se ha considerado que bienes como la salud o la educación requieren de políticas especiales de acceso, para incrementar

las posibilidades de las personas y el desarrollo de capacidades especialmente bajo dos perspectivas: la eficiencia y la equidad. (Vargas, 2004).

El problema es que, por distintas variables derivadas del modelo de salud, entre las cuales están la disminución de la regularización, la descentralización y la distribución ineficiente de los recursos, no se ha logrado la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud, ni a la calidad de estos, como se evidencia más adelante.

Fresneda (2007) añade también al concepto de injusticia, en sentido complementario, las situaciones que se consideren indignas o que no permiten el desarrollo de las potencialidades de la salud. Medir las desigualdades entonces y obtener pruebas objetivas de la diferencia de condiciones de vida y salud, es el primer paso para identificar las inequidades en salud. (OPS, 1998).

2.3 Marco Histórico de la Equidad

José Tapia Granados² hace un recuento histórico del comportamiento de la equidad en salud a nivel mundial. En su artículo *Crecimiento económico e inequidades en salud* (2013), afirma que, históricamente, se carece de información sobre tasas de morbilidad, lo cual lleva a realizar la medición de las desigualdades en salud a partir de las diferencias en las tasas de mortalidad de los diferentes grupos sociales o a través de la medición de la esperanza de vida al nacer (EVN). Tapia (2013) indica, como ejemplo, que la aristocracia europea no se encontraba en una mejor situación que el resto de la población general durante los siglos XVI y XVII para los cuales la EVN fluctuaba entre los treinta y los cuarenta años.

Ya en el siglo XVIII hay una diferencia entre las clases sociales donde la EVN de la aristocracia comienza a aumentar más rápidamente que para la población general. Gran Bretaña en el siglo XIX fue pionera en desarrollar estudios sobre las desigualdades en salud con base en la tasa de mortalidad de los mineros, la cual era mucho mayor que la de los individuos productivos de la población general (Buck *et al.*, 1988), demostrando que los

² Médico magister en salud pública y economista del programa ambiente social y salud, del Instituto de Investigaciones sociales de la Universidad de Michigan, USA.

pobres morían más jóvenes que los ricos. Esto contradecía a los médicos de la época que pensaban que los ricos tenían más riesgo por su sedentarismo, negligencia moral y excesos (Bengtsson y Van Poppel, 2011).

Anteriormente, durante los años de la revolución industrial en Inglaterra, cuando los obreros trabajaban en las “fabricas infernales” o “satanic mills” descritas por William Blake, la mortalidad era mucho mayor en las ciudades que en el campo por las largas horas de trabajo y las condiciones insalubres, y entre las zonas urbanas la mortalidad era más baja donde vivían los ricos. (Engels, 1999; Easterlin, 1999).

Tapia (2013) también describe que en las ciudades a pesar de que la tasa de mortalidad era mayor que la de natalidad, el crecimiento urbano se dio por la inmigración masiva. Para el siglo XX la EVN de las mujeres aristócratas era veinte años mayor que la de la población en general.

En Suecia, entre 1815 y 1968, la mortalidad en adultos disminuyó en todos los grupos socioeconómicos, pero para los años cincuenta apareció un gradiente socioeconómico entre los adultos en edad de trabajar (Bengtsson y Dribe, 2011). En Suiza, entre los años 1625 y 2000, la mortalidad entre los miembros de las élites fue menor al promedio, pero en los extremos de la escala social también disminuyó (Schumacher & Oris, 2011).

Adriana Lleras Muney y Sherry Glied en el artículo *Innovación Tecnológica y Desigualdad en Salud* (2008), explican que las disparidades socioeconómicas en salud también se han incrementado en el último siglo (Pappas *et al.*, 1993, Elo y Preston, 1996, Kunst *et al.*, 2002). En los EE. UU., entre los años 1960 y 1986, la tasa de mortalidad ajustada por edad para los hombres blancos con alto nivel de estudios declinó de 5,7 a 2,8 por 1.000, mientras que la tasa disminuyó sólo de 9 a 7,6 para las personas con bajo nivel educativo (Pappas *et al.*, 1.993). Divergencias similares también se han documentado en el Reino Unido y en otros países de Europa, entre los que tienen programas de seguro de salud universales integrales (Kunst *et al.*, 2002; Mackenbach *et al.*, 2003).

Refieren también las investigadoras que una serie de estudios recientes han demostrado que las mejoras en la salud han contribuido significativamente a mejorar el nivel de vida en los últimos 50 años. Nordhaus (2002) encuentra que el valor de la disminución de la mortalidad

en los EE. UU., en el siglo XX, estaba fuertemente asociada a la variación contemporánea en el PIB per cápita.

Pero los aportes de la equidad en salud tienen una manifestación importante no solo en los índices económicos sino además sobre el bienestar social, y hasta la participación democrática. Por lo anterior, la equidad en salud además de ser un fin que tiene valor endógeno, asume un rol para el crecimiento económico. (Ortún, 2000).

2.4 Perspectivas de Equidad

Para determinar el enfoque conceptual de la investigación detallamos algunas características de las perspectivas del estudio de la equidad, tomadas principalmente de Vargas (2002), en el libro *Equidad y Salud: Debates para la Acción del Observatorio para la Equidad en la Calidad de Vida y Salud* (2007), así como de otros importantes autores y fuentes que describen las distintas visiones de la equidad en salud.

2.4.1 Igualitarista

Le Grand (1978) y Wagstaff et al. (1989), definen el enfoque igualitarista que distingue dos vertientes de la equidad: la equidad vertical o tratamiento desigual para los desiguales en materia de financiación, y la equidad horizontal o igual asistencia de los prestadores de servicios para iguales necesidades. Estos autores proponen “igual acceso a igual necesidad”, “igual utilización a igual necesidad” (Chicaiza, Rodríguez & García, 2006). Es importante notar que este enfoque evidencia el entendimiento del acceso como “utilización”.

Aquí también se evidencia la relación de la equidad con el acceso a los servicios de salud, la cual puede hacerse en función del tiempo y el dinero en la equidad horizontal, o en función de los costos y beneficios de la atención en el caso de la equidad vertical, así como en función de las distintas necesidades, lo que genera un grado de dificultad en la definición de acceso. De acuerdo con Sandiford (cit. en García & Chicaiza, 2001) la equidad se puede relacionar

principalmente con el nivel de ingresos, más allá de diferencias en el estado de salud. (García & Chicaiza, 2001).

La perspectiva igualitarista fue derivada de la propuesta social de Marx, pero no implica que su fin sea la distribución igual para todos. Según Mario Hernández (2007), cuando Marx propuso el concepto referente a la justicia distributiva lo trajo de la premisa del socialista francés Luis Blanc, del siglo XIX "A cada uno debe exigírsele según su capacidad, y debe dársele según sus necesidades" (Gracia, 1991).

En 1952, durante la 5ª Asamblea Mundial de la Salud, Gunnar Myrdal describió que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en capital humano: los costos en salud debían proporcionar ganancias económicas por concepto de disminución de la morbilidad y mortalidad de la fuerza de trabajo, así como los programas de salud deberían estar integrados al desarrollo económico general. Este reconocido Nobel de economía y sociólogo preconizó una mejor distribución de la riqueza desde supuestos moderadamente socialistas. Myrdal es el principal teórico del círculo vicioso de la pobreza y de la riqueza y propuso la creación del "Estado Providencial Mundial", el cual evita el aumento de la brecha entre países ricos y pobres por medio de una ardua planificación y redistribución a nivel mundial (Winslow & Gunnar, 1952). Después de la Segunda Guerra Mundial, los análisis de costo-beneficio se evidenciaron en salud en el debate Winslow – Myrdal, en el que Winslow advirtió la importancia de los programas en salud pública y que fueran planeados persiguiendo la obtención de resultados en salud, procurando estimar los retornos económicos derivados de la morbi-mortalidad reducida. Myrdal evidenció la dificultad de medir el valor económico de los programas de promoción de la salud porque los beneficios a largo plazo se podrían disolver, por lo que sugiere estimar en estos programas un valor distinto al monetario (Mushkin, 1958).

El enfoque igualitarista privilegia la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad de bienestar, por encima de los objetivos de maximización del bienestar económico de los individuos basados exclusivamente en criterios de eficiencia, que pueden conducir a la desigualdad entre grupos de población y considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo (Wagstaff & Van Doorslaer, 1992).

Dicho enfoque promueve la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. El papel del Estado consiste en distribuir los recursos de tal forma que los resultados de largo plazo sobre las personas sean iguales.

La definición de equidad desde este enfoque tiene en cuenta la financiación pública de la salud y la capacidad de pago de los usuarios, promoviendo siempre la igualdad en los resultados finales. Desde la financiación, los igualitaristas distinguen entre equidad horizontal y equidad vertical: la equidad horizontal es el tratamiento igual para iguales. Es decir, que aquellos que poseen recursos iguales realicen pagos iguales. La equidad vertical se define como el tratamiento desigual para desiguales, explicado de otra manera, los que tienen diferente capacidad de pago deben realizar los pagos de manera proporcional a su nivel de ingreso o renta. En los sistemas progresivos los menos favorecidos pagan menos y los de mayor ingreso más.

Según Wagstaff, desde la óptica igualitarista, se definen tres criterios para el logro de la equidad:

1. El criterio de igualdad de tratamiento para igual necesidad.
2. La igualdad de acceso debería interpretarse como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad. (Le Grand, 1982)
3. Igualdad de la Salud.

2.4.2 Utilitarista

Este enfoque es propuesto por el Banco Mundial (1993), que propone financiar con fondos públicos un mínimo de prestaciones, con el criterio principal de ser una inversión costo-efectiva, primando la libertad del individuo, y la financiación privada para las prestaciones que no deba proveer el Estado por ser necesarias, pero no rentables. El enfoque procura la maximización del estado de salud y bienestar agregado de la población, sin importar su distribución. Esto implica que la acción pública se concentrará en los individuos con una mayor capacidad de beneficio, es decir, aquellos que puedan incrementar su nivel de salud

(jóvenes). Según este enfoque, el resultado de la salud, medido en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y en años de vida ajustados por calidad (AVACs) debe ser el criterio de la política de financiación.

Los orígenes de este enfoque sobre la justicia distributiva se dan a partir del concepto de utilidad marginal y de la eficiencia de Pareto, según la cual, dada una asignación inicial de bienes entre un conjunto de individuos, un cambio hacia una nueva asignación debe al menos mejorar la situación de un individuo sin hacer que empeore la situación de los demás (Martínez, 2006). Posteriormente, Harsanyi (1955) plantea la equidad donde "los individuos racionales eligen la sociedad en la que quisieran vivir partiendo del hecho de que tienen igual probabilidad de ser cualquiera", antecediendo a Rawls. (Uribe, 2003).

Según Hernández (2008) con la propuesta de competencia administrada de Enthoven se adoptó una combinación compleja entre la posición rawlsiana de los bienes primarios básicos y el utilitarismo del cálculo del menor costo y el mayor beneficio. (Hernández, 2008), pero el mismo autor arguye que *“como medida del ajuste estructural promovido por las agencias financieras multilaterales, crece el predominio de una posición liberal contractualista, regulada y acompañada del subsidio a la demanda de los más pobres.”* Esta afirmación resulta contradictoria debido a que la posición del contractualismo claramente no es la del utilitarismo, como se detallará más adelante, y ha sido demostrado que la posición de los entes multilaterales respecto a la seguridad social, en el segundo periodo de ajuste de los años noventa adoptada para la lucha contra la pobreza, es utilitarista.

2.4.3 Neoliberal

Esta vertiente liberal está inspirada por economistas como Friedrich Von Hayek y Robert Nozick, y corresponde al principio de libre elección, adquisición y el derecho de la propiedad. El estado debe reforzar el derecho de la propiedad y no interferir en la transacción de bienes, incluyendo la salud, en función del trabajo, la compra o la herencia siguiendo al clásico John Locke. (Aguado, 2002; Aday, 2004; Hernández 2007).

Este enfoque sobre la equidad se dirige hacia una financiación de la salud esencialmente privada, individualista, donde cada ciudadano paga en función del beneficio conforme a su

elección individual, centrandolo el objetivo en lograr la eficiencia económica por encima de la redistribución de los recursos (Albi et al.,1992).

El enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres principios básicos:

1. El individualismo.
2. El igualitarismo, entendido como la igualdad de oportunidades y no la igualdad de resultados.
3. La libertad, que se contempla como el derecho que tiene todo individuo a orientar su ámbito privado de acuerdo con sus propios intereses y preferencias.

2.4.4 Liberalismo igualitario

También llamada teoría *contractualista*, el liberalismo igualitario enfoca sus posiciones en los principios que enmarcan un contrato que debe ser acordado a través de procedimientos (Linares & López, 2008). Fue desarrollado extensamente por Rawls, y por Sen, entre otros autores como John Roemer o Norman Daniels, y está sujeto de la tradición liberal. Bajo este enfoque, por encima de los estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar. El enfoque de la prioridad derivado de Rawls como sistema de cooperación justo, coloca el objetivo de la equidad en la salud en el contexto de justicia social (OPS, 2002, Martínez, 2006).

El enfoque contractualista, establece a la sociedad como un sistema de cooperación entre individuos sobre la restructuración del contrato social, alrededor de la libertad que permita que toda persona realice el plan de vida que desee. Las desigualdades económicas y sociales se permiten solo si son ventajosas para todos (igualdad de oportunidades) y si benefician al individuo en desventaja. La equidad sobre la salud se refiere a la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de *acceso y utilización* de los servicios. (Vargas, 2004).

A diferencia del enfoque utilitarista que establece la maximización de la felicidad, la satisfacción y el placer colectivos como versiones diferentes del bienestar o utilidad, y que

son los criterios que se usan para juzgar el nivel de desigualdad entre las personas, el liberalismo igualitario juzga la desigualdad a partir de las desventajas y las restricciones de libertad del individuo. De manera que en la perspectiva utilitarista el Estado debería intervenir para aplicar políticas de redistribución de recursos optimizándolos, y buscando el bien común como la suma de los bienes individuales, en una visión progresista. Lo que ha permitido al utilitarismo aliarse con movimientos sociales y políticos que luchan a favor de los deseos de la mayoría; incluso el estado de bienestar debe buena parte de la teorización a visiones utilitaristas de economistas como Pareto y Pigou. Pero, para Rawls, el utilitarismo pasa por alto uno de los requisitos indispensables de la teoría de la justicia: la individualidad. El utilitarismo sopesa el bienestar sumado del colectivo, y al no contemplar la individualidad, se ve incapaz de reconocer los derechos y libertades que protegen al individuo de las exigencias abusivas de la colectividad. Este tipo de igualdad no garantiza la unidad moral del individuo, y afirma que defiende la igualdad mediante su compromiso con la imparcialidad estricta, asociando el bienestar a la satisfacción de la práctica social, ejerciendo así un igualitarismo engañoso. La igualdad exige prevenirse contra las discriminaciones basadas en prejuicios, y el utilitarismo, con la intención de respetar las preferencias en vez de los individuos, fracasa en esa tarea. (Puyol, 2015). Esta diferenciación del nivel individual sobre el colectivo del contractualismo nos llevará más adelante a identificar vacíos en los indicadores de equidad de acceso en salud, vistos hasta hoy bajo la perspectiva utilitarista.

La teoría contractualista o liberal igualitaria de John Rawls se basa en maximizar los derechos a las libertades compatibles con un sistema similar de libertad para todos, así como garantizar una equitativa igualdad de oportunidades para las personas con capacidades similares (Aday, 2004). La igualdad de oportunidades implica reglas y rechaza los privilegios iniciales que pueda tener un individuo frente a otro, así como persigue la igualdad de las características sociales y el acceso a los demás beneficios materiales y sociales. Una sociedad justa debe a cada persona la "equitativa igualdad de oportunidades" que sea proporcional a sus dotes y motivaciones naturales (Almgren, 2012).

La teoría de Rawls introduce la idea de la "posición original" que implica las condiciones para alcanzar un acuerdo de cooperación justo entre ciudadanos libres e iguales. Rawls lo

llama el "velo de la ignorancia", enfatizando que la imparcialidad solo puede lograrse con la ausencia total de información sobre el efecto del acuerdo sobre los intereses de cualquier individuo o grupo en particular. Para Rawls, una sociedad justa se basa en dos principios esenciales, denominados (1) el Principio de Libertades Básicas Iguales y (2) el Principio de Diferencia. Estos principios garantizan los derechos a las libertades básicas y a la igualdad de oportunidades. Los privilegios no son justos si se heredan u obtienen de procesos que no brindan igualdad de oportunidades para todos. Esa desigualdad solo se justifica si sirve para beneficiar a los desfavorecidos, pero la igualdad de oportunidades precede al beneficio para los menos favorecidos (Almgren, 2012).

No debe confundirse esta posición con la focalización sólo en los que están peor. La focalización sobre la población vulnerable resulta de la perspectiva utilitarista, y por el contrario, autores como Daniels citado por Hernández, explican que se debe definir explícitamente la teoría en los servicios de atención y prevención, o de un mínimo de "bienes esenciales" en salud, como propuso Fried en torno a resolver la contradicción entre equidad y eficiencia para la salud (1975). (Hernández, 2008).

Es importante señalar que la igualdad de oportunidades no implica que los resultados sean los mismos, ya que la libertad de elección de las personas puede elegir diferentes alternativas de uso. Esta dimensión de la teoría de Rawls es consistente con la noción liberal igualitaria de que los comportamientos son expresiones de la libertad de elección a la que los individuos tienen derecho. Un corolario de la noción de justicia de Rawls es que la medición del acceso universal a la atención médica debería considerar principalmente la evaluación de las oportunidades, más que de los resultados (Olsen, 2012).

El liberalismo igualitario se fundamenta en el argumento de la *rectificación del azar*, debido a que no es justo asumir las circunstancias desiguales que no han surgido como consecuencia de las libres elecciones. Igualmente, en las libertades básicas se argumenta que "cada persona tiene el mismo derecho irrevocable a un mismo esquema, plenamente adecuado de libertades básicas iguales, que sea compatible con un esquema similar de libertades para todos" (Rawls, 2002). La justicia consiste en rectificar esas desigualdades derivadas del azar social y natural y por eso una sociedad justa se mide por el destino que reserva para los desfavorecidos.

Esta perspectiva de la justicia distributiva tiene otros autores como Gerald Cohen (2002) que complementa la *igualdad de oportunidades* con el argumento de la *rectificación del azar*, pero con desigualdades tolerables, como aquellas que se derivan de las diferencias de gusto y elección, pero no las diferencias en las capacidades y los poderes sociales y naturales. Igualmente, Richard Arneson (1999) considera que se debe enfatizar la igualdad de *oportunidades de bienestar* y Ronald Dworkin (1981) que se debe enfatizar en la *igualdad de los recursos*.

La concepción igualitarista de Norman Daniels (2002) o Elizabeth Anderson (1999) se enfoca en la independencia de la conducta, según el segundo principio de justicia rawlsiano, osea que se deben satisfacer las necesidades de salud de los ciudadanos independientemente de su origen en el comportamiento del individuo (si los enfermos son o no responsables de su mala salud, por ejemplo a través del consumo de tabaco o de una vida estresante y sin ejercicio físico) es decir, sin dilucidar su culpa o responsabilidad al contraer la enfermedad. En palabras del propio Rawls citado en Puyol, “el objetivo es recuperar a la gente por medio de la atención sanitaria para que vuelvan a ser miembros plenamente cooperantes de la sociedad” (Puyol, 2004).

Contrariamente, autores como John Roemer (1993) proponen un concepto complementario de igualdad de oportunidades basado en la posibilidad de compensar a las personas que en la lotería del nacimiento contaron con mala suerte, pero manteniendo la responsabilidad de las decisiones o de los esfuerzos individuales. Así la sociedad podría igualar las oportunidades para un objetivo dado como el salario, el ingreso o la salud. (Roemer,1996).

Esta perspectiva teórica se fortalece con la que presenta el premio Nobel Amartya Sen, quien introduce un pensamiento distinto, al considerar el problema de la justicia sanitaria y de la equidad en salud en función de las capacidades de los individuos ligadas al derecho y al desarrollo social, económico y cultural. De esta manera, la salud es una capacidad de redistribución dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales. En palabras del propio Sen la enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre la equidad y la justicia social, y están incluida en la distribución económica y la libertad humana. (Linares & López, 2008)

Sen, estando de acuerdo con los postulados de Rawls respecto al conjunto de bienes primarios, amplía la evaluación de la equidad teniendo en cuenta que todos los individuos poseen distintos potenciales de acción y evoluciona esta perspectiva acogiendo el principio de libertad, pero como garantía de las posibilidades reales para actuar. Las libertades básicas no solo están enfocadas a la distribución de ingresos, como lo estableció Rawls, sino a las capacidades para usar los recursos. Bajo este concepto, la pobreza no es solo la carencia de ingresos sino la carencia de oportunidades reales para vivir una vida mínimamente adecuada, la privación de las capacidades básicas como la baja esperanza de vida, la desnutrición, el analfabetismo o la mortalidad; es lo que se denota la importancia de la provisión pública de servicios médicos, de programas educacionales, como estrategias de desarrollo. (Vargas, 2004). Sen escribe que los seres humanos no son meros receptores de ingresos, sino personas que tratan de tener una vida satisfactoria. *“ciertamente no parece en absoluto claro que sea más sencillo formarse una idea sólida de los ingresos de una persona que observar la morbilidad, la discapacidad, la desnutrición o el analfabetismo...”* (Sen, 2003).

La capacidad se refiere al estado de la persona, se debe observar el nivel de nutrición y no solo, como lo conciben los seguidores de Rawls, la provisión de alimentos o la utilidad que se obtiene al comerlos. La *capacidad* es habilidad real para lograr funcionamientos valiosos como parte de la vida, expresada en condiciones vitales como estar nutrido adecuadamente, tener buena salud, tener buena vivienda, escapar de la morbilidad evitable y de la mortalidad prematura.

Esta óptica liberal igualitaria coincide en el rango de elección que tiene una persona. El actuar libremente y ser capaz de elegir puede conducir directamente al bienestar. Esta óptica concibe la pobreza como una falla de las capacidades básicas, de modo que la posibilidad de alcanzar niveles mínimamente aceptables de las capacidades básicas puede estar asociada con diferentes niveles de ingresos mínimamente adecuados (Sen, 1998).

En resumen, los distintos enfoques igualitaristas y liberales de justicia social darán lugar a diversas vías de implementación y reformas de los sistemas de salud, de acuerdo a las diferentes formas de financiación, con resultados diversos en la distribución de los recursos y en la prestación de los servicios de salud entre los grupos sociales.

También es evidente una evolución histórica de la política social y los cambios institucionales, que se marca especialmente en eventos importantes como la creación de la CEPAL en 1948 y el desarrollo del Estado de Bienestar; la crisis del petróleo y el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones en 1973; la segunda generación del ajuste estructural y las reformas de salud en América Latina a principios de los años noventa.

Aquí podría evolucionar la definición de equidad hacia las diferentes perspectivas que encuentran en el liberalismo igualitario una propuesta que fundamenta el cambio de paradigma dominante del neoliberalismo al paradigma contractualista, lo que permitiría lograr a la vez eficiencia en la política social.

Como perspectiva económica y ética de la teoría de la justicia que se fundamenta en la propuesta de Rawls, nace la Renta Básica Universal, a la que nos referiremos solo como Renta Básica (RB), la cual se concibió como un mecanismo dentro de la economía de mercado, para lograr igualdad y libertad *real*. Van Parijs explica la idea de justicia que sustenta la RB como “*distribuir todos los recursos a nuestra disposición, ya sean objetos externos o capacidades y habilidades humanas*”; es decir que las desigualdades se aceptan sólo en la medida en que permiten mejorar la posición del más desfavorecido. Van Parijs, prefiere la economía de mercado a la abolición de la propiedad privada porque la eficiencia económica permitirá a través de la RB alcanzar el socialismo al máximo nivel posible con el respeto por las libertades.

Van Parijs aspira en el marco de la economía de mercado, a compensar las desigualdades al percibir una renta una sola vez al comienzo de la vida adulta, porque la RB equivale a devolverle a cada uno su parte de la porción de renta nacional que corresponde a la riqueza acumulada por las pasadas generaciones y que no puede atribuirse a ningún esfuerzo privado o individual. Igualmente hay que tener en cuenta que el aporte de los que tienen un empleo no justifica la producción nacional, porque se valen de la tierra y de la tecnología, lo cual hace imposible calcular la aportación *real* y por lo tanto el ingreso debe distribuirse entre todos trabajadores, los ociosos, los ricos y los pobres y los empleados deben pagar impuestos. (Linde, 2004)

La RB es una corriente filosófica y económica que busca la justicia y libertad verdaderas en el mundo capitalista, lo que supone una vía para superar las fallas del capitalismo. Paradójicamente tiene sus raíces en Milton Friedman, uno de los padres del neoliberalismo. Milton Friedman en 1962, en *Capitalism and Freedom*, propuso implantar una renta garantizada para todos los ciudadanos sin ingresos, o con ingresos por debajo de algún nivel mínimo, aún para los ociosos y no solo para los desempleados. La renta disminuiría en proporción al aumento de los ingresos de los beneficiarios hasta un tope; esto se denominó Impuesto Negativo sobre la Renta INR, el cual a diferencia de un subsidio social sería incondicionado.

El propósito más importante era evitar la trampa de pobreza, y no incentivaría el desempleo, porque en principio con el trabajo remunerado se aumentaría el nivel de ingresos. Entre 1964 y 1975, Milton Friedman junto con el Nobel James Tobin, presentaron varias propuestas hasta que se aprobó el Crédito Fiscal sobre Rentas Obtenidas» (*Earned Income Tax Credit*, EITC). Este crédito se gestiona y liquida con el propio impuesto sobre la renta, y asegura una renta mínima mediante un subsidio, fijado en función de los ingresos y del número de hijos menores, el cual puede percibir siempre que no tenga ingresos diferentes al subsidio.

La propuesta de RB que surge como trabajo de Philippe van Parijs y Robert van der Veen en 1986 en *Una vía capitalista al comunismo*, propone el establecimiento por parte del Estado de una renta individual, no familiar, igual para todos, e ***incondicional a cualquier condición socioeconómica***. Una característica importante de esta renta es que es universal e independiente de la condición de contribuyente.

Algunos autores han hecho propuestas similares pero condicionadas, como es el caso de la Renta de Participación Ciudadana de Anthony Atkinson (1993), condicionada a desarrollar un trabajo o la Renta Ciudadana de James Meade (1948 y 1995), que sería incondicional al igual que la RB, pero que estaría integrada a prestaciones sociales convencionales. Dos premios Nobel de Economía, Herbert Simon y Robert Solow, han apoyado estas iniciativas.

Es importante resaltar que los ingresos que propone la RB no son subsidios en la medida que no tienen condicionamiento sobre la situación económica de ingreso individual o familiar, y

se otorgan individualmente. Pero al igual que los subsidios, aumentan el valor del ingreso real de las familias y mejoran el bienestar del hogar.

Los subsidios se generan a partir de recursos que en otra forma serían destinados al cubrimiento del gasto, por eso para los servicios de salud generan un doble efecto: sustitución e ingreso, reduciendo el precio relativo del consumo individual de salud e incrementando la demanda. (Ospina, 2008).

En este punto es importante resaltar que la RB, también incrementará la demanda, pero a diferencia de los subsidios, y siguiendo los principios del contractualismo, busca la igualdad de oportunidades para toda la población en los niveles mínimos de asistencia, lo que implica que la renta básica, no condicionada por ingresos y universal, deberá ser otorgada solo para el primer nivel de atención y complejidad, a todos los ciudadanos y de manera equitativa, con énfasis en el cubrimiento de los programas preventivos, llevando a resultados sobre el bienestar individual y colectivo que se reflejarán en el crecimiento y desarrollo económico para el país, conforme lo establece la teoría económica de la salud.

El profesor Diego Hernández en la tesis *La Universalidad como fundamento para el diseño de la política social* (2005) propuso un modelo denominado Fondo Universal Ciudadano-FUC a cargo del Estado Colombiano. Esta propuesta se concreta por medio de una acción preferencial en cabeza de cada ciudadano por valor de USD \$ 10.000, que se pagaría a cada ciudadano con un rendimiento en portafolios de mínima varianza de 7.3 % neto anual, correspondiente a (USD \$2) dos dólares diarios de por vida o USD \$730 anuales a perpetuidad.

Como complemento de la descripción teórica y con el objeto de evidenciar la elección del marco conceptual fue necesario realizar una caracterización de las perspectivas teóricas de la definición de equidad y universalización, a partir de los autores que examinan los diferentes enfoques, y que tienen por objeto analizar la equidad en términos de igualdad, justicia, distribución de recursos, prestación de servicios y del manejo del riesgo. (Tabla 2-1).

Tabla 2-1: Caracterización teórica de las perspectivas de equidad.

PERSPECTIVA	IGUALITARISTA	LIBERAL		
		Utilitarista	Neoliberal	Liberalismo Igualitario
Exponente	Myrdal, Wagstaff, Van Doorslaer	Harsanyi	Hayek, Nozick	Rawls, Sen, Roemer, J.
Igualdad	Resultados Recursos Bienestar	Maximización del bienestar agregado	Bienestar individual	Oportunidades Derechos Desarrollo de las capacidades
Óptica de Justicia	Diferencias sociales Evitables e indignas	Libertad para el financiamiento privado	Libertad en la adquisición de bienes y servicios	Desventaja Social Libertades básicas Rectificación del Azar
Distribución de recursos	Subsidio a la oferta Universalismo	Al más eficiente Costo-efectivo	Subsidio a la demanda Focalización	A quien esté en desventaja Universalismo
Prestación de Servicios	Todos los niveles	Paquete Mínimo	Niveles Mínimos	Niveles Mínimos
Riesgo	Social o Comunitario	Individual o Colectivo	Individual	Solidario Cooperación

1948.....1973.....1993.....SXXI.

NOTA: Esta tabla describe las características de las perspectivas socioeconómicas de la equidad en salud.

Para el estudio de las inequidades en salud, el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia adopta una importante posición desde las siguientes premisas, con base en las propuestas de autores reconocidos a nivel mundial en economía de la salud:

1. Los efectos de las desigualdades presentan resultados más adversos para los países pobres respecto de los más ricos. Así mismo, al interior de cada país los pobres tienen más problemas de salud que los ricos. (Wagstaff, 2002).

Los modelos desarrollados para explicar el crecimiento económico (Barro y Sala-i-Martin, 1995), encuentran respecto a la salud, que el efecto de la mejor salud sobre el crecimiento es mayor en los países de ingresos más bajos. Al respecto, Fuchs (cit en London, 2009) manifiesta que no está demostrada del todo esta causalidad y que la relación entre ingresos y la salud en los países más pobres puede ser un reflejo del mayor efecto de los ingresos sobre la salud o un mayor impacto de la salud sobre la renta. Pero ambas explicaciones permiten

un mejoramiento de la salud apoyado sobre las inversiones en saneamiento. La mejora de la salud aumenta la tasa de supervivencia de los niños, lo que aumenta el PIB per cápita, la proporción de trabajadores, la participación en la fuerza laboral y mejora la productividad. (London, 2009).

2. La inequidad en salud es consecuencia directa de la inequidad social. Los más ricos y educados tienen más capacidades de mejorar su salud con relación a los pobres (Evans, 2002). Una peor salud y una esperanza de vida más corta se relacionan directamente con los niveles más bajos en la estratificación social. (Macintyre, 2002).

3. El ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional y la posición social son las variables más importantes para clasificar las desigualdades. La estratificación social no puede considerarse normal, porque deriva en injusticias sociales sobre los individuos, y una organización social injusta produce inequidad. (Martínez, 2006).

Existe evidencia de los efectos directos de los ingresos sobre la salud, debido a mejoras en la alimentación, y al mejor acceso a los servicios sanitarios, pero los ingresos (en general, el Producto Bruto Social per cápita) pueden operar como una variable proxy para otros indicadores socioeconómicos (Ray citado en London, 2009). De todas formas, aunque las diferencias en el ingreso no pueden explicar las variaciones en el estado de salud del individuo, esta es una de las variables con mayor poder explicativo. (London, 2009).

Estos conceptos derivan del trabajo clásico de Michael Grossman “On the Concept of Health Capital and the Demand for Health” (1972) que describe el primer modelo de demanda de salud. En este modelo cada individuo tiene un stock (capital) de salud inicial que se deprecia con el tiempo y se incrementa con la inversión, convirtiendo la salud en una variable dependiente de las condiciones socioeconómicas.

Stock de salud = f(Bio, Alim, F de vida, SS, MA, TA)

Donde: Bio: Componente Biológico, Alim: Alimentación, F de Vida: Formas de vida, SS: servicios sanitarios, MA: medio ambiente, TA: término aleatorio. Grossman también se refiere a la educación como un factor de eficiencia dentro de la función de producción de salud, así como también pueden serlo otras variables socioeconómicas.

Los servicios sanitarios los divide en atención sanitaria curativa que aparece cuando el stock de salud empieza a disminuir y la atención sanitaria preventiva que evita que la primera ocurra, evidenciando que el ingreso y la educación son determinantes fundamentales de la salud, y estimando la función de producción de salud, dependiente de varios factores relacionados con aspectos económicos. (London, 2009).

Glied y Lleras (2008) encontraron investigaciones que demuestran que personas con mayor nivel socioeconómico, y más educadas, son más propensas a participar en los ensayos clínicos y al acceso a tratamientos más recientes (Sateren *et al.*, 2002). Igualmente, encontraron que el nivel educativo aumenta la propensión a buscar médicos especialistas (Van Doorslaer, Koolman y Jones, 2004; Bongers, van der Meer, Den Bos, Mackenbach, 1997). Las personas con ingresos más altos también tienen mayor capacidad para acceder a los hospitales mejor dotados.

Varios estudios de sociólogos son categóricos en demostrar el nivel socioeconómico como una "causa social fundamental " de gradientes en el estado y el acceso de salud (Link, *et al.*, 1998). Al igual que la educación, las condiciones socioeconómicas privilegiadas permiten aprovechar la nueva información y recursos. A mayor educación existe mayor ventaja en la supervivencia para las enfermedades que requieren mayor innovación en salud.

La innovación entonces también crea desigualdades en salud a través de la diferenciación de acceso a la tecnología para atender las enfermedades. Según una encuesta de 1999 de la Fundación Nacional de Ciencias, el 32% de los que tienen más de un título universitario informó que estaba bien informado sobre nuevos descubrimientos médicos, a diferencia del 14% de los que tienen un diploma de secundaria o menos, quienes estaban menos interesados en los nuevos descubrimientos (Glied y Lleras, 2008).

De la misma forma, el CID (2007) estima la medición de la equidad con base en el acceso a los servicios de salud (entendida como medición de beneficios) y en la distribución de la oferta de servicios de salud, el financiamiento y los recursos de la salud, los cuales deberían estar distribuidos equitativamente sin tener en cuenta la posición económica y la capacidad de pago. Wagstaff (2001), encontró evidencia a nivel internacional para argumentar que el

difícil acceso al servicio de salud para la población de menos recursos no sólo es reflejo de la pobreza, sino también de la desigualdad, la injusticia y la inequidad social.

Según Hsiao y Liu (2001) la oferta de servicios de salud está determinada por los recursos públicos y el mercado por la capacidad de pago o ingreso de los consumidores. Lo que significa que el financiamiento y el acceso están fuertemente asociados a la posición social y el nivel de ingreso.

2.5 Equidad y economía de la salud

El estudio de las inequidades en salud requiere un conocimiento de fondo del comportamiento y las diferencias de los determinantes de este bien, como los relacionados con el entorno, el estilo de vida, la carga genética y los sistemas de salud (Denver, 1976). Pero a nivel económico, nos centraremos en el estudio de algunos determinantes estructurales como la educación, el ingreso, y específicamente en el principal determinante intermedio de la salud, considerado así por la OPS (2012): los sistemas o servicios de salud. Estos factores inciden de manera importante en los resultados de salud de un país y por lo tanto en su desarrollo económico.

Empecemos entonces por describir el comportamiento económico de los servicios de salud, en el que la naturaleza de la demanda se da sobre acontecimientos irregulares para un mercado común, e impredecibles en la mayoría de los casos, lo que implica, por ejemplo, que muchas personas no podrán demandar servicios debido a los costos elevados en comparación con su ingreso, y como consecuencia la demanda en el mercado será inferior a las necesidades reales. (Musgrove, 1986).

El artículo de Kenneth Arrow “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”(1963) dio inicio formal a la economía de salud. Arrow contrastó los teoremas de Economía del Bienestar con el funcionamiento del sector sanitario con el propósito de aplicar políticas o acciones que corrigieran los desfases de un mercado imperfecto. Los estudios de Arrow se centraron específicamente en resolver las preocupaciones sobre el alcance del equilibrio competitivo y la optimalidad bajo condiciones de incertidumbre o de información

imperfecta, pero la tesis al final del estudio concluyó que, por la incertidumbre sobre la ocurrencia de enfermedades y la eficacia de los tratamientos, el mercado del sector de servicios de salud no garantiza una asignación eficiente de los recursos.

Cinco años antes Selma Mushkin con el artículo “Toward a definition of health economics” (1958) había definido tempranamente la economía de la salud como “*un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud*” y explicó la optimalidad como “*las formas en las cuales los materiales, los bienes, el recurso humano y la infraestructura son reunidos en el momento y lugar correctos en las proporciones apropiadas para proveer servicios sanitarios*”. Además, describió que los consumidores no basan sus decisiones conforme a sus preferencias, o sea no son racionales económicamente debido a que la demanda está condicionada por la enfermedad. Ambos autores aceptaron que la salud abarca más que los servicios sanitarios, dependiendo de otros determinantes más allá de los factores económicos, pero enfocan el discurso tratando la salud como un sector económico, y de manera específica en el análisis microeconómico, centrado sobre el comportamiento de la demanda de servicios de salud.

Restrepo y Rojas, (2016), describen el aporte y la secuencia del estudio de Arrow, el cual delimitó las posibilidades del mercado y del Estado, teniendo como objetivo fundamental el alcance de la eficiencia y del bienestar. Evaluando el grado de competitividad del mercado de los servicios de salud, Arrow examinó las condiciones del equilibrio competitivo y su equivalencia con una situación óptima. La metodología se trazó teniendo en cuenta las condiciones de los teoremas del bienestar, en particular la existencia de equilibrio competitivo, la comerciabilidad de los bienes y la no existencia de rendimientos crecientes. Al examinar si se cumplían las condiciones para que la asignación de recursos satisficiera los requisitos del modelo competitivo, el mercado alcanzaría un equilibrio que sería óptimo; entonces se darían las condiciones para que el mercado fuera el mejor mecanismo para la asignación de recursos; de no ser así, tendrían que reconocerse fallas del mercado en los servicios de salud. Lo que encontró fue que la incertidumbre se expresa en dos sentidos, lo que hacía aún más complejo el análisis: primero existe la incertidumbre respecto a la ocurrencia de la enfermedad, lo que condiciona la formación de la demanda por servicios de

salud. Segundo, existe también incertidumbre respecto a la eficacia del tratamiento, ejerciendo un efecto sobre la demanda, la cual no se orienta por la utilidad de los mismos. Además, encontró que el mercado de los seguros médicos es una respuesta a la aversión al riesgo por parte de los pacientes, lo que conlleva a problemas de incentivos que existen en este mercado: cada agente busca maximizar el valor esperado de su función de utilidad, pero con la presencia de incertidumbre los resultados no son óptimos. Otro problema que se encuentra es que el comprador de información no suele conocer el valor real de lo que adquiere y no se pueden transferir todos los riesgos cuando se paga o se cobra la póliza; esto reduce el deseo de comprar. Hay presencia de asimetrías de la información por riesgo moral cuando el individuo está asegurado y por causa de la incertidumbre cambia la actitud del asegurado respecto a la prevención, en el sentido que hay mayor o menor utilización de servicios médicos de la que habría en condiciones de mercado competitivo. Esto lleva a clasificar a los pacientes de acuerdo con su nivel de riesgo de enfermedad y así poder ofrecer diferentes pólizas de seguros con amparos y coberturas distintos. Otro factor es la confianza que se adquiere en la relación médico-paciente, en particular la aversión al ánimo de lucro en la oferta de servicios, por lo que el médico debe estar alejado de intereses lucrativos. Por el lado de la oferta se pueden apreciar elementos de no mercado, en particular la presencia de restricciones al ejercicio profesional y los costos de la formación de los médicos, lo que incrementa los precios de los servicios. Resumiendo, Arrow encontró las siguientes fallas que impiden la optimalidad: asimetrías de información, bienes no comerciados, rendimientos crecientes, barreras a la entrada y las prácticas de discriminación de precios. (Restrepo & Rojas, 2016).

La economía de la salud estudia cómo optimizar los escasos recursos en los servicios de salud, los cuales tienen componentes de oferta y demanda y configuran mercados propios que satisfacen las necesidades de la población. Este planteamiento de la salud implementa los razonamientos económicos, por cuanto sus recursos son escasos. (Ortún, 2001).

Como se expuso anteriormente en el enfoque igualitarista, Mushkin (1958) resalta como Winslow le dio un nuevo significado a los análisis de costo-beneficio, demostrando desde los años cincuenta que las inversiones en salud se reflejan en retornos al capital humano, idea compartida por el Nóbel de economía Gunnar Myrdal, afirmando que los programas

sanitarios podrían aumentar la productividad de las personas, y su disponibilidad para trabajar. Winslow también concluyó por qué la enfermedad y la pobreza se terminan asociando en un círculo vicioso (Mushkin, 1958).

Han sido estas aproximaciones microeconómicas sobre los servicios de salud, a través de las herramientas de análisis de oferta y demanda, las que más han aportado históricamente a la economía de la salud, y con el tiempo se requerirá ajustar aún más estas herramientas para el análisis no solo de la incertidumbre, o de las asimetrías de la información, como en la interacción de los agentes económicos entre sí, para tomar decisiones en conflictos entre la teoría y el comportamiento de los individuos en el mundo real. (Phelps, 1995).

Como vimos, el análisis de las desigualdades en salud ha sido abordado desde diferentes perspectivas. En este sentido, el artículo *Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades de Estudios de Economía aplicada* (2013), de la Universidad de Cantabria, destaca el trabajo de Wagstaff et. al., (1989) y Wagstaff y van Doorslaer, (2000) basados en curvas e índices de concentración de salud y curvas de Lorenz, para la medición de la desigualdad en salud relacionada con la renta, en los que se propone un índice de concentración que puede expresarse como:

$$c = \frac{2}{\mu} \sum_{i=1}^n (y_i - \mu)(R_i - \frac{1}{2}) = \frac{2}{\mu} cov(y_i, R_i)$$

Donde y_i es la salud del individuo i , R es el ranking o posición relativa del individuo i y corresponde a la distribución de la renta y μ es la media de salud en la población.

Aún muchos de estos índices propuestos para medir desigualdades en salud pueden profundizar en otros factores (Kakwani, 1980). Como, por ejemplo, grupos sociales, género o grupo de edad, etc. (Thouez, 2006; Stoyanova et al., 2008). La identificación de las desigualdades en salud también tiene en cuenta los resultados de salud como el estado de salud percibido, las estadísticas de mortalidad, la esperanza de vida al nacer, la incidencia y la prevalencia de enfermedades y las discapacidades con relación al ingreso (Van Doorslaer y Gerdtham, 2003), lo que confirma la relación entre el nivel socioeconómico y salud. Una

vez constatado el nivel de desigualdad en salud, el interés se enfoca sobre las causas o factores que la determinan (Mackenbach, 2005).

Los indicadores de resultados en el estado de salud son comúnmente medidos por la morbilidad, la mortalidad, la incapacidad y las diferencias en la percepción del estado de salud, además de la expectativa de vida, todas también asociadas a las desventajas sociales (Martínez, 2006).

En este punto, y desde mi concepto, también son importantes los resultados en salud planteados desde la escuela utilitarista: impacto sobre la salud de la población, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) y en años de vida ajustados por calidad, (AVACs).

Conocer los factores determinantes como causas de morbilidad, número de profesionales sanitarios, prevalencia y discapacidad, tasas de hospitalización, mortalidad y esperanza de vida, complementadas con el gasto y la financiación, garantizan análisis de equidad en el acceso a los servicios sanitarios (Montero y Jiménez, 2008).

Es importante precisar desde los postulados socioeconómicos que tienen los enfoques de la equidad, que el neoliberalismo persigue principalmente la eficiencia, y a través de ella el logro de la equidad en un efecto de goteo (*trickle down*). Anderson (2015) lo resume así: la libertad es más importante que la igualdad (Norberg, 2005). Desde este punto de vista, los intentos por lograr mayor igualdad son “tiránicos” (Friedman y Friedman, 1980) y resultan disfuncionales para crear la competencia en la sociedad mercantil. Sin embargo, el axioma neoliberal es que se promueve el crecimiento y a través de este se reduce la desigualdad (Wade, 2005).

Krugman describe que el papel de la desigualdad en las calamidades se torna político al desviar los estímulos gubernamentales (Krugman, 2013). El crecimiento económico como meta coloca en lugar secundario la equidad. Los extremos en la desigualdad económica son abordados por Stiglitz (2014) y Piketty (2014) quienes explican el alto costo de la desigualdad cuando el rendimiento de capital permanece más alto que la tasa de crecimiento, lo que representa una amenaza potencial a la justicia social. (Piketty, 2014).

Ospina (2008) amplía el concepto de equidad frente a la salud de las personas relacionando las condiciones de calidad en la prestación del servicio, además de las ya anotadas de acceso,

y diferenciando los tipos de servicios. Este autor define la equidad en salud como la prestación oportuna y con igual calidad y acceso a los servicios de promoción, prevención y curación de manera independiente de la capacidad de pago, la equidad en el cubrimiento del riesgo, en la cobertura, en el acceso efectivo y en la entrega de medicamentos. Además, condiciona la equidad a la perspectiva de justicia rawlsiana con los siguientes supuestos: 1) toda la sociedad debe tener un conjunto de oportunidades justas para lograr plenamente su potencial en salud, y 2) ninguna persona debe estar desfavorecida para alcanzar su pleno potencial. Ospina diferencia igualmente la equidad según el concepto pluralista de articulación entre los componentes del sistema de salud, definiendo dos tipos adicionales de equidad: en la Provisión y en el Financiamiento. El primero, recoge las definiciones de igualdad de la perspectiva igualitarista, equidad horizontal en la provisión si todas las personas con igual necesidad de atención tienen igual posibilidad de acceder a los mismos cuidados, y equidad vertical en la provisión de servicios si quienes tienen necesidad de atención pueden acceder al nivel apropiado de cuidado para condiciones diferentes. El segundo, en el financiamiento se tiene en cuenta la capacidad adquisitiva y la situación económica, equidad horizontal de financiamiento si las personas con igual situación económica efectúan aportes iguales al sistema de salud; y define que un sistema tiene equidad vertical en el financiamiento si las personas con mejor situación económica efectúan mayores aportes al sistema de salud. (Ospina, 2008).

2.6 Equidad en América Latina y Colombia

Finalmente retomamos a Frenz y Titelman (2013) para describir la situación actual de las reformas y funcionamiento de los sistemas frente al tema de equidad. Si bien en los últimos veinte años América Latina ha logrado avances en la lucha contra la pobreza, hoy en día es la región más desigual del mundo (CEPAL, 2010, PNUD, 2013). Esta desigualdad se expresa en factores estructurales de tipo económico y social, que se trasladan al ámbito de la salud en sus diversos aspectos, configurando lo que se ha denominado los determinantes sociales de la salud. De este modo, se reconoce la influencia negativa de la informalidad y la precariedad del trabajo sobre la protección social para cumplir con los preceptos de igualdad, universalidad, solidaridad e inclusión.

Por lo anterior, hoy además en el ámbito de la equidad en salud, los países acogen iniciativas como la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud y la visión de cobertura sanitaria universal como caminos para reparar dichas desigualdades (Lang, Kaminski, & Leclerc, 2009) pero en general, las reformas desde los años noventa del siglo XX siguieron los criterios del Banco Mundial para la cobertura efectiva de las necesidades sanitarias, con niveles mínimos de servicios de salud, la atención primaria y algunas de mayor complejidad (Mesa Lago, 2005, Knaul et al., 2012).

Según el *informe del Servicio de Estudios y Prospectivas en Política de Salud –SESPAS* (2008), del consorcio Hospitalario de Cataluña en Barcelona España (Vargas et al., 2008), la financiación de los sistemas de salud en Latinoamérica sigue siendo inequitativa y el acceso a los servicios de salud dista de ser universal y adecuado. Una de las causas de la inequidad se origina en las ***barreras para la utilización*** de los servicios que imponen las mismas aseguradoras. El componente no contributivo de la protección social en salud debe ser un elemento central de las políticas de universalización del derecho a la salud, pero se requiere para ello que los países de la región hagan esfuerzos importantes en materia fiscal (Titelman, 2008); además, el acceso y la utilización de los servicios de salud han disminuido (Almeida, 2002).

Una situación de inequidad es fundamentalmente el elevado porcentaje de gasto privado en salud y la disminución de fuentes progresivas como las contribuciones a la seguridad social, con la excepción de Colombia (OMS, 2006). Según el Informe sobre la salud en el mundo 2000, presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Colombia ocupó el primer lugar en "equidad financiera" del sistema de salud entre los 191 países. Los autores del Informe encontraron que, en Colombia el sistema logra que los ricos gasten más que los pobres en servicios de salud y por esa causa considera que financieramente este sistema es más equitativo. En este caso la equidad financiera se da por la protección para los costos de la atención en salud, dado su carácter catastrófico, lo que se traduce en un gasto proporcional de cada familia dadas sus restricciones presupuestales. (Hernández & Vega, 2001).

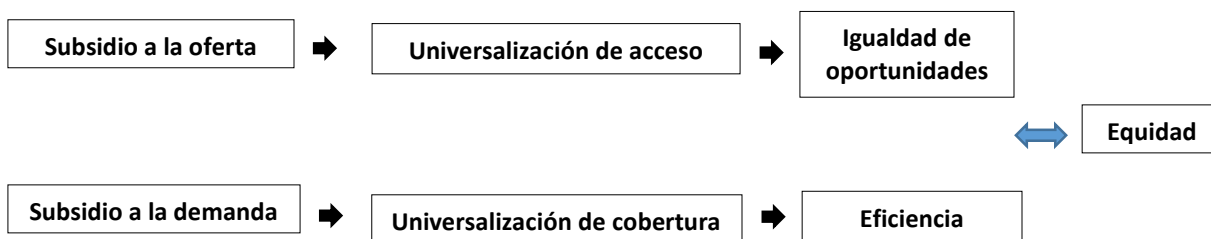
García y Chicaiza (2001), consideran que en los análisis de equidad para la región se deben tener en cuenta los diferentes grupos de causas, de acuerdo con la situación particular de cada

país. La inequidad en un lugar puede estar relacionada con diferencias por problemas de género, y en otro puede darse por diferencias étnicas o, como se da en Colombia, por el tipo de contrato laboral. Estos autores sugieren en este caso que para efectos de la realización de comparaciones internacionales se utilice un índice que pondere las desigualdades entre los grupos relevantes para cada país. (García & Chicaiza, 2001).

Anteriormente habíamos visto como desde los años setenta Enthoven había hecho esfuerzos por articular la eficiencia y la equidad mediante su modelo propuesto de “competencia administrada”. Eslava, Barón y otros colaboradores (2008) mencionan cómo en varias oportunidades en Colombia se evidencia la dificultad para desarrollar políticas eficientes que no afecten la equidad, presumiendo que la equidad tiene un costo en términos de eficiencia. Le Grand (1990), citado por Eslava, había hecho ya una reflexión sobre el intercambio entre eficiencia y equidad, en la que la eficiencia se vuelve un objetivo secundario y la equidad un objetivo primario para alcanzar en una organización social. (*Schmalbach et al*, 2008).

Teniendo en cuenta los diferentes análisis de la equidad para la salud observamos cómo la universalización de aseguramiento y las políticas de subsidio a la demanda han logrado equidad vertical financiera de manera eficiente alcanzando la protección universal que otorga el gasto en salud, pero con la consecuente reducción del subsidio a la oferta, como estrategia del modelo de competencia regulada, lo cual ha afectado el avance en las mismas proporciones para la universalización del acceso. Como vemos la cobertura universal de afiliación al sistema de salud no ha garantizado la equidad de acceso. Las políticas de salud se han centrado en garantizar cobertura universal a todos los niveles, a través de políticas públicas orientadas al subsidio a la demanda, pero dejando de lado el incremento de la oferta de servicios de salud, así como las estrategias que busquen la igualdad de oportunidades en el acceso, además de la eficiencia de las políticas. En este aspecto, esforzarse en estrategias que busquen la igualdad de oportunidades de acceso en salud para toda la población, bajo la perspectiva contractualista, es una vía en que el universalismo podría lograr equidad. La contradicción entonces no debe ser enfocada entre la equidad y la eficiencia, sino entre la eficiencia y la igualdad de oportunidades, como medio para alcanzar la equidad en la política social. (Figura 2-2).

Figura 2-2: Flujo de aporte de la universalización al logro de la equidad.



2.7 Conclusiones

El principio de universalización es importante porque aporta al logro de la equidad en salud, definiendo la equidad desde varias perspectivas de justicia y explicando porqué la perspectiva del liberalismo igualitario es una alternativa que podrá resolver varias de las contradicciones entre la eficiencia y la equidad. Como producto de la revisión de las políticas sociales vigentes en Colombia y otros países de la región, se encuentra que existen problemas en la implementación de los modelos con niveles mínimos de servicios de salud para lograr la universalización de acceso y de cobertura en procura de lograr la equidad en salud.

Los modelos de reformas de salud en la mayoría de los casos se basan en los enfoques liberales, orientados por el informe de salud del Banco Mundial de 1993 y los ajustes del “Consenso de Washington” desde 1989. Estos buscan lograr equidad a través de inversiones eficientes focalizadas en la población más vulnerable, que se encuentra en situación de desventaja social. Esta política, que persigue un fin loable, al dar cobertura de afiliación universal a través del subsidio a la demanda, en la práctica representa un sistema eficiente, selectivo y focalizado en la localización de los recursos en la población pobre o en condiciones de trabajo precario e informal, pero no garantiza la universalización del acceso, ni la equidad en salud, debido a que la población privilegiada ha logrado el acceso a todos los niveles en medio de la libertad y el derecho que tienen para obtener beneficios con base en el desarrollo de las capacidades, la maximización del bienestar, por el intercambio y adquisición de bienes y servicios en el marco de la libre competencia, pero para la población

pobre existen barreras de acceso derivadas de este modelo. Así se permiten diferentes tipos de derechos a diversos grupos poblacionales que se alejan de ser universales y equitativos.

No obstante, la equidad en salud contribuye al crecimiento económico, situación que justifica el costo de oportunidad de la inversión para lograr el acceso universal, lo que más tarde retornará en un aumento del PIB a mediano y largo plazo. De ahí la importancia que las estrategias de salud se centren en garantizar el acceso universal a todos los niveles, a través de políticas públicas orientadas al subsidio a la demanda, pero sin dejar de lado el incremento de la oferta de servicios de salud, y estableciendo como metas la igualdad de oportunidades, así como la eficiencia de las políticas. En este sentido, existe una relación directa y en doble dirección entre la equidad y la universalización, y la combinación de los criterios desde las diferentes perspectivas de justicia distributiva encaminan al logro de la equidad.

Desde el punto de vista contractualista, la óptica para calificar una política social no debe enfocarse en la eficiencia o en la equidad, sino que debe centrarse en la evaluación desde la eficiencia o la igualdad de oportunidades, debido a que la equidad es el fin último en todos los casos como perspectiva de la justicia distributiva en la sociedad.

Capítulo 3

Fallas en el mercado de la salud colombiano

3.1 Introducción

En la actualidad, los servicios de salud son prestados por el sector público y privado para cumplir con las condiciones de un mercado en el contexto de las reformas neoliberales del sector para la región. Con el ánimo de generar una competencia perfecta y la eficiencia en la asignación de los recursos se ha minimizado la intervención y la financiación mayoritaria por parte del Estado. Entonces, cabe la pregunta ¿por qué persisten las imperfecciones del aseguramiento? Algunas corrientes de política pública insisten en que este debe ser garantizado como un bien público, pero ¿eso lo hace ineficiente?, ¿se puede considerar la salud como un mercado?

Abordar el estudio de las fallas del aseguramiento en salud, entendidas como las situaciones en las que el mercado no organiza de forma eficiente la asignación de los recursos a los consumidores, permite revisar el funcionamiento del sistema y reflexionar en torno al alcance del universalismo de aseguramiento y acceso con base en las respuestas de estas preguntas. El Teorema de Optimalidad en economía describe que no existe ninguna otra forma de mejorar la situación de todos los actores involucrados, sino es a través del mercado. Sin embargo, el teorema solo se plantea en cumplimiento de los requisitos del modelo

competitivo como el consumo y el intercambio voluntario y autónomo de bienes y servicios, conforme a las preferencias individuales de los agentes económicos. Pero, si ocurre lo contrario, se debe a fallas en el funcionamiento de este mecanismo que no permiten asignaciones eficientes de los recursos, lo que se hace necesario introducir políticas públicas.

Arrow, premio Nóbel y padre de la economía de la salud, aunque es un autor neoclásico y un fuerte impulsor de la Economía del Bienestar, no adoptó posturas ortodoxas y resalta su aceptación de las economías mixtas de tendencia intervencionista. (Restrepo & Rojas, 2016).

Recordemos que la falta de equilibrio competitivo en el sector salud y sus efectos sobre la optimalidad fue lo que concluyó Arrow, a raíz de la incertidumbre de la enfermedad como fenómeno impredecible, y de la falta de certeza de los tratamientos médicos. Además de la posición dominante por parte del médico con respecto al paciente que le permite mediar en la toma de decisiones del usuario-consumidor, en una relación agente-principal en la que el paciente delega la toma de decisiones al médico, que se caracteriza por un alto nivel de confianza, y que se espera que está no motivada por el interés de lucro. Arrow, también soportó el origen de la falta de equilibrio en que el sector no ofrece un bien con comerciabilidad (por ausencia de mercados relevantes que permita una transferencia de riesgos a terceros u otro que compense mediante el pago de un precio, y los efectos tanto positivos como negativos de las externalidades), tiene rendimientos crecientes y restricciones a la entrada de agentes (por la formación costosa que requieren los médicos) y por las restricciones al movimiento de precios (por regulación sobre un bien de interés público).

Ante esta incertidumbre de la enfermedad y los costos del tratamiento los sistemas de salud suelen utilizar el seguro como mecanismo para dispersar el riesgo. Pero el mercado de seguros presenta además otras fallas de información como la selección adversa (demanda) y la selección de riesgos (oferta). La selección adversa se produce porque nadie mejor que los propios individuos conocen su estado de salud, situación que pone en desventaja de información a los aseguradores. Esta situación conlleva a que los demandantes prefieran el seguro que les reporte mayores beneficios en proporción a la prima que deben pagar, así los menos saludables están dispuestos a pagar una prima más alta y de mayor cobertura, produciendo un desequilibrio, debido a que el asegurador incrementará el valor de la prima

si el comportamiento es general, para enfrentar el mayor riesgo esperado, lo que impedirá que los individuos sanos se aseguren.

La reacción de la oferta se denomina Selección de riesgos, en los que los aseguradores diferencian y seleccionan a los individuos con menor riesgo y establecen protocolos de selección por los antecedentes médicos y preexistencias en los contratos según Musgrove (cit. en Chicaiza, Rodríguez & García, 2006). Una vez asegurados, se pueden seguir presentando otras fallas por asimetrías de información: la inducción a la demanda que es la capacidad de los médicos (oferente) para escoger o inducir un tratamiento diferente del que escogerían los pacientes (demanda) si tuvieran la misma información; y el riesgo moral, que es el cambio de comportamiento del individuo cuando está asegurado. Este comportamiento puede ser de dos tipos: de acción escondida y de información escondida. El primero, se refiere a la decisión de cuidarse menos una vez se adquiere un seguro, y el segundo correspondiente al de información escondida se refiere a la decisión de recibir tratamientos cubiertos por el seguro que no se consumirían si se tuvieran que pagar del propio bolsillo. Como efecto de estas fallas de información y con el propósito de moderar la cobertura y desincentivar el consumo innecesario de servicios, los seguros incluyen tasas de copagos, topes de cobertura y deducibles a cargo de los asegurados en las pólizas. (Chicaiza, Rodríguez & García, 2006).

Se considera que la inducción a la demanda por ignorancia del consumidor es una de las principales fallas del mercado de servicios de salud, en la que el médico se convierte en agente del paciente y se esperaría que el médico actuara favoreciendo los intereses del paciente, pero al mantener un interés dual como oferente y demandante, el médico incentivará el consumo para maximizar su ingreso. La demanda inducida corresponde a la parte que solicita el médico y que el paciente no habría aceptado si tuviese igual información. Entre otros, Stiglitz (1988) citado por Chicaiza, por ejemplo, refiere que el aumento de la oferta de cirujanos no reduce el precio, sino que aumenta el número de operaciones. (Chicaiza, 2005).

Para entender el comportamiento de la salud en Colombia y las fallas de su funcionamiento, es preciso explicar que el sistema se compone de dos partes: el aseguramiento y la prestación de servicios. El primer componente, correspondiente al aseguramiento, está conformada por las organizaciones que agrupan la demanda o grupos de usuarios, los cuales están bajo la cobertura de un seguro de riesgo para enfermedades y accidentes. El segundo, también

llamado la provisión, reúne la oferta de servicios compuesta por las clínicas y hospitales, los profesionales de la salud y los medios de transporte y tecnológicos de prestación de servicios.

Los cambios ocurridos en las dos últimas décadas del siglo XX y la acción influyente en la seguridad social de los organismos multilaterales han gestado un modelo de seguridad social que ha demostrado fallas persistentes y que no permite la competencia perfecta que pretende el modelo. Entonces, se hace necesario un nuevo paradigma que permita la universalización de aseguramiento y de acceso para el logro de la equidad en salud bajo los parámetros de eficiencia.

3.2 Integración del Sistema en Colombia

Antes de la reforma establecida por la Ley 100 de 1993, existía un sistema fragmentado de salud con múltiples cajas de previsión como el Instituto de Seguros Sociales para los empleados de empresas públicas y privadas afiliadas; para los funcionarios públicos se creó Cajanal, Caprecom para los empleados de comunicaciones, además de otras cajas para las fuerzas armadas, maestros públicos, trabajadores petroleros y congresistas. Para el sector privado se ofrecía la medicina prepagada, y las clínicas de profesionales de práctica privada. El nuevo sistema elimina los subsectores y los unifica, aunque subsisten programas separados para las fuerzas armadas, sistemas especiales para maestros y para Ecopetrol.

La reforma colombiana separó las funciones de dirección, financiamiento, aseguramiento, provisión y supervisión. Las distintas tareas dentro del sistema de salud se asignaron a las siguientes entidades: (a) La Comisión de Regulación en Salud (CRES), que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, dirigía el sistema, definía los paquetes básicos de prestaciones (Planes Obligatorios de Salud: POS y POSS), determinaba la capitación (Unidad Per Cápita: UPC), elaboraba mecanismos para controlar la selección de riesgos, y administraba el Fondo de Compensación.

La Comisión fue liquidada por el gobierno colombiano en el año 2012, mediante el Decreto 2560, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social, el cual fue modificado en su estructura para tal efecto. (b) El Ministerio

de Salud que ejerce la rectoría técnica, dicta las políticas y los planes y prioridades, expide normas, formula y aplica criterios de evaluación de eficiencia, provee asistencia técnica a nivel nacional y promueve la descentralización de la provisión desde la nación hacia los departamentos y municipios. (c) La Superintendencia Nacional de Salud (SNS) que regula, supervisa y ejerce el control financiero de las aseguradoras y proveedoras, diseña los mecanismos de control de la calidad de los servicios y establece el marco para la transformación de los hospitales públicos en entes autónomos. (d) El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que fue suprimido por la Ley 1753 de 2015, creando la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social-ADRES, que asigna las UPC a las aseguradoras, cuando éstas generan un excedente entre éste y los POS deben transferirlo al fondo, mientras que si ocurre un déficit el fondo lo cubre con subsidios. (e) Las aseguradoras que son de dos tipos: Empresas Promotoras de Salud (EPS), que pueden operar en el RC y en el subsidiado las (EPS-S). Ambos tipos de aseguradoras afilian, recaudan, y ejercen el manejo financiero, reciben la UPC, transfieren excedentes o reciben subsidios y contratan a las proveedoras. Según lo establece el artículo 178 de la Ley 100 de 1993 las funciones específicas son: la afiliación, administración de recursos financieros, contratación de servicios, promoción de la salud, organización de la prestación de los servicios de salud, manejo del riesgo de sus afiliados y el reaseguro de enfermedades catastróficas. (f) Las proveedoras que son de tres tipos: Instituciones Proveedoras de Servicios (IPS) en el RC; Empresas Solidarias de Salud (ESS) en el régimen subsidiado y Empresas Sociales Estatales (ESE), que son los antiguos hospitales públicos ahora descentralizados. Estos cuentan con autonomía administrativa y financiera, así como una administración orientada por criterios gerenciales y régimen de contratación privado (pero la mitad continúa dependiente del Estado y recibiendo subsidios fiscales). En este esquema las IPS son contratadas por las EPS, mientras que las ESS son contratadas por las EPS-S, y las aseguradoras y proveedoras contratan las ESE (basado en legislación en vigor).

Hay separación de funciones: rectoría/regulación (ministerio), financiamiento (FOSYGA), aseguramiento (EPS, EPS-S), provisión (IPS, ESS, ESE), y supervisión (superintendencia).

La separación de funciones fue recomendada por el Banco Mundial (Berkley et al., 1993) de forma que el subsector público se hiciese cargo de la regulación y el financiamiento, pero no de la provisión que quedaría a cargo de proveedores privados.

3.3 Paquete Básico

La ley 100 de 1993 estableció los siguientes planes: (a) Plan de Atención Básica (PAB), Plan Nacional de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, obligatorio y gratuito para toda la población, administrado por el Ministerio de Salud, departamentos y municipios. Este ofrece educación en salud, acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, control del abuso de drogas y tabaco, planificación familiar, nutrición básica, control de enfermedades contagiosas y SIDA.

(b) Plan Obligatorio de Salud (POS). Es obligatorio para todos los afiliados en el RC y administrado por las aseguradoras. No existen preexistencias para evitar la selección de riesgos; incluye prevención y promoción, diagnóstico y tratamiento en varios niveles de atención, rehabilitación, medicamentos esenciales y pago de licencias por enfermedad y maternidad.

(c) Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POSS), que equivalía a 60% del POS en 2002 porque excluye algunas prestaciones como cirugías, atención dental, tratamiento de cáncer, etc. En el año 2012 se unificó el POS mediante el Acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud Número 032 del 17 mayo 2012. Desde el año 2017 se denominó *Plan no excluyente* porque cubre todo excepto lo estético y lo que no está respaldado por la evidencia, conforme a lo establecido en el artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, 1751 del año 2015.

(d) Planes de Atención Complementaria (PAC), paquetes de prestaciones adicionales al POS (hotelería, tecnología, ciertas medicinas) ofrecidos por las aseguradoras a sus afiliados del RC y financiado totalmente por estos; no se permite ofrecer PAC a quienes no están cubiertos por el POS.

3.4 Descentralización y Competencia de Mercado

El RC está basado en el modelo del mercado de competencia regulada, y el RS está basado en los principios institucionales de subsidio a la demanda y la descentralización territorial. (Guerrero, Prada y Lambardi 2013).

La Ley 10 de 1990 presenta el conjunto de las tendencias de reorganización de la política social que se construyó en la década de los ochenta del siglo XX: apertura a la privatización, participación ciudadana y comunitaria en el sistema, prioridad hacia los pobres y descentralización. Al igual que en el sector de la educación, se proclama el principio de subsidiariedad, a partir del cual los departamentos asumen de manera transitoria las funciones de los municipios mientras estos no cumplan con los requisitos que la nación obliga para acreditar la descentralización de la salud. Fueron estos tan estrictos que la “municipalización” de la salud tardó en lograrse (Restrepo, 2015). La eficiencia en la asignación de recursos debería ser lograda mediante un procedimiento macro-administrativo enfocado en los niveles básicos de salud como resultado de la descentralización, y micro-administrativo por la contención de costos a través de técnicas gerenciales. (Vega, 2001).

La ejecución de la Ley 100 es sumamente descentralizada. Dicha modalidad reconoce que muchos de los bienes correspondientes mejorarían gracias a la adaptación local, a la vez que asegura el cumplimiento de normas nacionales mínimas como las que existen para el control de las enfermedades transmitidas por vía respiratoria, el agua y los vectores.

La delegación comenzó en los años noventa cuando el Ministerio de Salud hizo obligatorio transferir, en un período de cinco años, los establecimientos, el personal y el presupuesto de atención de salud primaria a las municipalidades y la atención de salud secundaria y terciaria a los gobiernos departamentales. La ejecución del mandato fue entorpecida por factores como requisitos onerosos de certificación y recursos insuficientes para pagar el costo de la descentralización. En ese sentido, sólo unas cuantas municipalidades asumieron sus responsabilidades.

Se logró un avance en el proceso de descentralización con la Ley 60 de 1993, gracias a la cual las transferencias a los departamentos para salud y educación aumentaron

significativamente (de 15 por ciento de los ingresos gubernamentales en 1993 a 24,5 por ciento de 1996 en adelante).

El régimen subsidiado es administrado y financiado a través de los municipios, los cuales serán responsables de: (a) identificar a los beneficiarios pobres; (b) afiliar a los beneficiarios con una compañía de seguros de salud pública o privada y (c) autorizar el pago de las primas correspondientes a la EPS-S. Entre otras características de la descentralización del sistema está la delegación a los departamentos y municipios de una serie de responsabilidades financieras, organizacionales y de personal, donde los departamentos alcanzarán un mayor grado de autonomía que los municipios.

A nivel de departamento, los hospitales gubernamentales se transformaron en entidades autónomas. Este proceso se ha visto obstaculizado por la falta de precisión en cuanto a quién se hará cargo de las deudas pensionales y dentro de qué plazos, así como por las condiciones del estado de la infraestructura de los hospitales. Existe una tendencia a invertir excesivamente en infraestructura y equipos. Por lo general no hay un cargo explícito por concepto de arriendo de capital y equipos ni por concepto de depreciación, de modo que no hay un incentivo compensatorio para utilizar el capital de manera productiva (Burki, Perry y Dillinger, 1999). Esto podría privilegiar la atención médica antes que la prevención, la aplicación de las tecnologías más modernas antes que la atención primaria o tratamientos con medicamentos antes que intervenciones educativas para cambiar el estilo de vida.

Homedes y Ugalde (2005) afirman que detrás de la descentralización había dos objetivos básicos: el primero era reducir los gastos del gobierno central mediante la transferencia de los gastos de salud a las provincias, estados o municipios con el fin de liberar fondos para pagar la deuda externa o sus intereses: es decir, aplicar los ajustes estructurales. El mismo Banco Mundial ha reconocido que este ha sido uno de los objetivos de la descentralización (Burki, *et al.*, 1999). El segundo objetivo, que no ha sido declarado abiertamente, es facilitar la privatización de los servicios. Por ejemplo, la conversión de hospitales públicos en autónomos —con ánimo de lucro o sin él— consigue que funcionen como entidades independientes que pueden contratar al sector privado para servicios de apoyo, tales como análisis de laboratorio, de diagnóstico o de hotelería.

3.5 Fallas de los servicios de salud como un bien público o privado

Además de describir las fallas del mercado por asimetrías de información, ya extensamente explicados para el sector de los servicios de salud, es importante aclarar cómo se relacionan estas distorsiones con la clasificación de los servicios de salud como bien público o privado. Según Burki *et al.* (1999), el Banco Mundial describe tres tipos de servicios de salud, que según la población objetivo pueden ser de orden público o privado para cada caso. En este texto también se afirma que, a diferencia de los programas de educación, los programas de atención de salud proveen algunos bienes y servicios que son casi por completo bienes públicos, donde los beneficios no pueden restringirse solo a las personas que deseen pagarlos. El control vectorial y la vigilancia de enfermedades son ejemplos de esto.

Un segundo conjunto de servicios en la salud es rival en consumo, pero no excluyente en beneficios, por ejemplo, la vacunación. Gran parte de la población debe utilizar este servicio si se desea que sea efectivo como intervención sanitaria. Debido a que ambos grupos de servicios implican fallas inherentes, estos requieren alguna intervención gubernamental para determinar cuánto y qué se proporcionará.

En el tercer grupo de servicios consiste en gran medida en modalidades intensivas de atención (o curativas, en oposición a las preventivas), es menos convincente el argumento en pro de la intervención gubernamental, ya que en esencia son bienes privados (rivales y excluyentes). Los estados también pueden participar a fin de asegurar que los que no pueden costear un seguro tengan un nivel mínimo de acceso al cuidado intensivo (Burki *et al.*, 1999).

A este nivel del documento ya debemos entender que la salud como sector, no es un bien común que se puede explicar por los postulados microeconómicos neoclásicos de competencia perfecta, generalmente no está determinado sólo por el precio y no es posible mediante el proceso walrasiano que se alcance el equilibrio del mercado en el óptimo paretiano. Parte de lo que se compra en servicios médicos es una relación personal, entonces, no se puede tratar la salud como una mercancía corriente la cual se compra o se sustituye por otro bien. Mushkin (1999) citado por Ospina, afirma en ese sentido “*los consumidores no*

escogen entre servicios de salud y otros bienes y servicios por medio de una simple ponderación racional de elecciones, ya que (tomando como guía los gastos en salud) el consumidor prefiere evitar o remover las circunstancias que limitan su capacidad, usando recursos para mantener y mejorar su salud”. Pero aún existen otras fallas del mercado, además de las derivadas de la asimetría de información en los servicios de salud, como en el mercado tradicional de bienes y es el fenómeno de las externalidades, las cuales son positivas si el consumidor recibe un beneficio que se produce de manera indirecta, por ejemplo, por una vacuna, en el que se subvalora el beneficio marginal y total producido. La eficiencia en la asignación ocurre cuando el costo marginal es igual al beneficio marginal social. (Ospina, 2008). Se considera una falla porque el mercado no valora adecuadamente todos los costos o todos los beneficios que se derivan del consumo. Esa infravaloración del mercado motiva a que se produzca en exceso, o menos de lo socialmente deseable (si se subvaloran los beneficios).

El análisis de Arrow se enmarcó en los servicios sanitarios, porque eran los que presentaban problemas de competitividad (Restrepo Cit. en Fandiño, 2016) y en los que se producen las fallas de mercado, pero como se explicó previamente, además de la incertidumbre se encuentran otros factores como la falta de racionalidad del consumidor. Sin embargo, este mismo sector sigue presentando otras formas de competencia imperfecta como la conformación de monopolios, la existencia de bienes públicos, y la presencia de bienes meritorios:

La Presencia de bienes públicos se refiere a los bienes no exclusivos y cuyo consumo no supone una rivalidad, como en el caso de los servicios preventivos y de salud pública.

Los bienes meritorios se producen por la reducción en la autonomía de las personas de escoger libremente las cantidades de consumo de un bien determinado, que es el caso del aseguramiento, en la que el Estado en los Sistemas de Salud Obligatorio induce su consumo.

Finalmente, la falla de la asignación pública que es la asignación de recursos centralizada por parte del Estado, en la que se puede presentar la discordancia entre ingresos y gastos, las externalidades, la inequidad entre otros efectos. (Gelonch, 2002).

3.5.1 Los servicios de salud como un bien público (El Estado también adolece de fallas).

Los servicios de salud pueden ser ofertados como un bien público, es decir donde los servicios no son rivales en consumo ni excluyentes. Esto quiere decir que no se agotan en el consumo y que presentan altas externalidades, lo que desincentiva al consumo privado y los individuos no están dispuestos a pagarlos de manera directa. Por esta razón, el Estado se encarga de la adquisición para toda la población. Los bienes públicos en salud generalmente son los que se adquieren para el control de epidemias y desastres, pero también los que se orientan a la prestación de servicios de promoción de la salud, algunos para prevención de enfermedades y acciones de intervención social por programas de adicción.

Los bienes privados si satisfacen las necesidades individuales, se consumen individualmente y se agotan en el consumo, no presentan altas externalidades y, por eso los individuos están dispuestos a pagar por ellos; de ahí que se integren generalmente a la lógica del mercado y la eficiencia. Estos servicios se orientan a la atención curativa.

Como vimos antes, en el mercado sanitario pueden producirse diversas fallas que desaconsejarían una provisión privada completa de servicios de salud, por lo que adoptando la posición de Arrow y de Enthoven, se hace necesaria la intervención del Estado en el aseguramiento y la provisión de los servicios de salud en algunos casos, pero no en todos, debido a que en la provisión de bienes públicos también se presentan fallas. Hay que resaltar, que, con la intervención del Estado, no se pretende lograr la competencia perfecta dentro del sector de servicios de salud, pero si corregir distorsiones a través de la regulación. Sin embargo, fallas de asimetría de la información como el riesgo moral y aún la selección adversa podrán presentarse en el aseguramiento o la provisión pública del sistema de salud, por ser parte de la naturaleza de este sector.

Además, Cullis & P. West (1984) citados en Chicaiza, describen cómo los tratamientos que presentan una baja costo-efectividad, una alta complejidad técnica en el manejo, baja ocurrencia y alto costo, son poco eficientes, y dan lugar a monopolios “naturales”, que justifican algunas formas de regulación de precios. Estos monopolios influyen en la oferta

hospitalaria al requerir de economías de escala. Igualmente, la existencia de oligopolios reduce el bienestar social debido a la diferencia entre el ingreso y el costo totales que tiende a ser el máximo, incentivado por el escaso nivel de producción. Es así que la demanda de servicios de alta complejidad es de carácter inelástico respecto al precio, que se incrementa sin una justificación de costos. Entonces, generalmente los servicios de salud de alta complejidad constituyen monopolios naturales, pero dicha imperfección no se debe intervenir aumentando el número de competidores, lo que resulta costoso e ineficiente, sino regulando el mercado. La regulación debe ser primero, orientada hacia la prevención. En estos casos factores institucionales, como la negociación centralizada de precios forma y la compra de grandes cantidades que hacen los sistemas nacionales, tienen efectos positivos; es el caso de las negociaciones con la industria farmacéutica. (Chicaiza, 2005).

Por lo explicado, el mercado sanitario justifica monopolios generados por factores tecnológicos que aprovechan las economías de escala en la prestación de servicios que benefician las áreas rurales de bajo volumen de población. Por lo general, esta tecnología reposa en los hospitales públicos de los departamentos o provincias colombianas. Según Málaga et al., (2000) además encontraron que, a nivel público los gobernadores y alcaldes contratan una sola aseguradora en el régimen subsidiado y en localidades pequeñas solo hay una aseguradora o proveedora; y los costosos equipos de tecnología avanzada solo pueden ser adquiridos por los hospitales mayores y con más recursos. Con estos argumentos, se justifica la intervención pública en el mercado sanitario; además del rol regulador del Estado, que le llevaría a prohibir o gravar el consumo de ciertos bienes indeseables.

Pero aún con la regulación estatal, las Entidades Promotoras de Salud han mostrado falta de transparencia y han desviado recursos públicos de la salud para actividades comerciales distintas o para su apropiación privada, situación que afecta la comprensividad o integralidad del sistema. También se han observado altos niveles de corrupción en las EPS-S y en las administraciones municipales y departamentales.

El sistema se ha prestado como botín burocrático del clientelismo, lo que ha redundado en la debilidad de la capacidad de inspección, vigilancia y control del sector. Adicionalmente, esta situación ha traído efectos negativos sobre la sostenibilidad de este (Mckinsey & Company, 2009).

Entre las manifestaciones de corrupción se encuentran los pagos de las EPS-S a los alcaldes para trasladar usuarios a su favor; cobros de UPC por afiliados inexistentes y carnés no entregados, pagos de prestadoras de servicios a las EPS-S para obtener contratos; incorporación al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago; cobros por vacunas y otros servicios gratuitos, y retrasos en los pagos a las EPS-S.

3.5.2. Intervención de las fallas del mercado de la salud como bien privado.

Igualmente, y como se ha venido explicando por factores como la incertidumbre y la falta de racionalidad del consumidor en el aseguramiento o la provisión del sistema de salud, se distorsiona este mercado y se hace subóptimo.

Pero a pesar de las fallas del mercado de la salud derivadas de estos factores, un fuerte argumento para la entrada del mercado privado de los servicios de salud dentro del modelo colombiano fue con la clasificación de tipos de servicios que realiza el Banco Mundial, la cual no es suficiente con la intervención del sector público en sanidad para proporcionar todos los servicios necesarios; además, que la prestación de los servicios exclusivamente públicos sería perjudicial debido a que este sector también tiene fallos inherentes al funcionamiento, por lo que el modelo actual del sistema de salud optó por los planteamientos de Enthoven y las recomendaciones del Banco Mundial, para conformar un sistema de competencia regulada en un esquema mixto de aseguramiento y provisión, pública y privada en ambos casos.

Según Vega (2001), El Banco Mundial recomendó el perfil de un sistema de salud gobernado por relaciones de mercado y un Estado mínimo, con cobertura universal y competencia regulada entre aseguradores y prestadores, privados y públicos, como la forma para resolver los problemas de ineficiencia e inequidad y justifica las intervenciones directas del gobierno en los siguientes casos: primero, para la financiación de un conjunto de servicios de salud “esenciales”, segundo, para el suministro de servicios de salud públicos, tales como las inmunizaciones y educación en salud. Tercero, para intervenir las distorsiones del mercado que afecten la equidad y la eficiencia, como los problemas de selección adversa, riesgo moral, las externalidades, que generan competencia imperfecta entre los proveedores de servicios

de salud, los pacientes, y los aseguradores. Pero la realidad es que este tipo de sistema ha sido incapaz de garantizar igualdad de acceso y equidad en el uso de los servicios. (Vega, 2001).

Además de la regulación que establece una gran cantidad de normas vigentes en Colombia para intervenir las fallas por asimetría de información, la aplicación de la Ley 1122 de 2007 restringió la contratación vertical solo al 30 por ciento, para intervenir los monopolios en el mercado entre EPS e IPS, en el que según Ruiz (2018) se evidencia un esquema de monopolio bilateral, donde el poder de mercado parece residir ahora en los hospitales o clínicas de alta complejidad, en su mayor parte privados, debido a que el mecanismo de contratación selectiva de servicios por parte de las EPS ha reducido recientemente su poder ante la concentración de mercado hospitalario de servicios. Los resultados financieros de hospitales privados de alta complejidad indican que tienen utilidades netas elevadas, indicando poder en el mercado y fallas regulatorias que busquen equilibrio.

3.6. Información Asimétrica: Riesgo moral, Selección Adversa y evasión en el sistema de salud colombiano.

La asimetría de la información también genera problemas en la libertad de elección por desconocimiento de algunas de las normas que regulan e intervienen la falta de racionalidad del usuario a nivel de aseguramiento y provisión, entre las que se encuentran: a) los afiliados, especialmente en el régimen subsidiado, desconocen sus derechos; b) los usuarios que quieren cambiar de EPS o exigir una institución prestadora de salud (IPS) específica no lo hacen porque asumen que perderán sus derechos; c) los empleadores toman decisiones por sus empleados en el RC; d) las aseguradoras han creado su propia red de proveedoras o imponen restricciones a la elección del proveedor o el médico, remitiendo al afiliado a una prestadora específica para abaratar los costos de operación y aumentar las utilidades; (Málaga et al., 2000).

También las asimetrías de información se reflejan en menor demanda de servicios por parte de los afiliados al régimen subsidiado, además de las barreras geográficas y socioeconómicas. (Vargas, 2004).

Como se describió al inicio del capítulo, la selección adversa es entendida como una situación donde los tomadores del seguro más propensos a tener un siniestro ocultan la información para ser seleccionados a bajo costo, lo que puede generar pólizas a precios elevados que usuarios sin capacidad adquisitiva no podrán tomar, además de la reacción del asegurador denominada selección de riesgo, cuando el oferente selecciona al menos propenso para disminuir los costos de indemnización. Estas fallas influyen en la carga de los eventos catastróficos o de alto costo: las aseguradoras deben tomar un seguro o reaseguro para cubrir conjuntamente los riesgos catastróficos y evitar la selección de riesgos. Sin embargo, las compañías de seguro privadas que venden pólizas a las proveedoras del régimen subsidiado les ofrecen incentivos por baja siniestralidad contra afiliados de mayores riesgos (Jaramillo, 1999). Los mercados de reaseguro se han caracterizado por el pago no oportuno de los siniestros y los reembolsos a tarifas que no compensan el valor de las primas; y estimulan la selección adversa en las EPS y las Administradoras del RS (ahora EPS-S), (Jaramillo, 2000).

(Cutler y Reber cit. en Vásquez & Gómez, 2006) definen la selección adversa como un problema de información asimétrica que surge cuando los individuos eligen, de acuerdo con su probabilidad esperada de uso, entre un conjunto de contratos ofrecidos por las compañías aseguradoras. Una de las partes de la relación contractual conoce aspectos importantes sobre riesgo y gasto futuro que el otro desconoce, lo que genera distorsiones relevantes en la toma de decisiones con pérdidas de eficiencia (Altaman, Cutler y Zechhauser, 1998). Cuando dicha relación contractual no está establecida la selección adversa *obedece a un proceso de asimilación de características de calidad*.

Colombia posee un Sistema Nacional Obligatorio de Salud, universal y solidario, producto de un mercado de competencia regulada, en el que el ente regulador determina el plan de aseguramiento o cobertura del riesgo (POS) y la prima (UPC), como medidas que están orientadas a controlar la selección adversa, restringiendo la competencia entre aseguradores sólo en términos de calidad.

Pero según uno de los principales investigadores de la selección adversa Akerlof (1970), esta falla se presenta cuando los consumidores no son capaces de asimilar las señales de calidad, lo que producirá una disminución de la calidad promedio de los bienes que se intercambian, de modo que si una de las partes conoce de antemano la calidad del producto, los bienes de mala calidad desplazarán a los de buena calidad conocido este efecto como el principio de los “limones” o los automóviles “chatarra”, porque es lo que sucede con el mercado de venta de automóviles usados, donde todos los compradores suponen que tienen defectos, eso disminuye su precio y deja por fuera del mercado a los de buena calidad, sin defectos. "Lemon" también se entiende como chatarra en inglés.

En este sentido, es posible pensar que los compradores pueden distinguir los diferentes niveles de calidad de los servicios de salud. En el sistema de salud público (SGSSS) de Colombia el precio del plan está fijado por ley y las EPS no pueden discriminar a sus afiliados potenciales por preexistencias, ni pueden modificar el POS. El Estado así determinó las instituciones como elementos normativos que permitieran una distribución más equitativa del riesgo entre las EPS (previando la selección adversa) y que protegieran a los usuarios de ser excluidos del sistema (selección de riesgos). Según los estudios de Vásquez y Gómez en el 2006, los resultados mostraron que el 37.36% elige libremente su EPS y la elección del 62.64% restante está sujeta a la decisión de otra persona ya sea compañero, empleador, familiar u otro. El 51.73% afirmó conocer a la EPS antes de su afiliación y las respuestas más frecuentes relacionadas con el medio por el cual la conoció fueron: recomendación, un familiar y la empresa. 62.18% corresponde a usuarios clasificados en el grupo de auto selección, lo que es un claro indicador de selección adversa. Los atributos de calidad más buscados son la facilidad y agilidad en las autorizaciones para cualquier tipo de servicio, la red instituciones prestadoras de servicios de salud, la oportunidad en la consulta médica general, consulta médica especialista, ayudas diagnósticas, atención de urgencias y cirugías, la facilidad en trámites y la entrega oportuna de medicamentos. Estos resultados indican que las características de calidad enviadas por la EPS son los criterios de selección adversa al elegir la EPS. (Vásquez & Gómez, 2006).

Cuando la lógica rentista de las aseguradoras las lleva a prácticas administrativas de contención del costo y retención de pagos de servicios, amenazan el funcionamiento de los prestadores de servicios, pero además el acceso a la red de la EPS, quedando condicionada la reputación de la aseguradora en su desempeño como pagadora (Suárez et al., 2017).

Según Stiglitz (1994), todo esto haría difícil la entrada y salida de los mercados sanitarios alejándoles del comportamiento de los mercados perfectos. Por esta razón, sólo ofreciendo a todos los individuos una única prima de riesgos promedio llegaría a configurarse un mercado completo de seguros, aunque ineficiente.

En el sistema actual, aunque las UPC recibidas por las EPS se ajustan (imperfectamente) a los riesgos de los individuos, están calculadas sobre la base de la calidad promedio ofrecida y dependen más de la calidad ofrecida y menos del control de gasto (Bardey, 2015). Sin embargo, para Ruiz (2018) la situación es contraria, en el sentido que los incentivos hacia la calidad son reducidos por la inclinación de los diferentes actores hacia la competencia por las rentas derivadas de la UPC, y los afiliados no saben medir muy bien la calidad ofrecida por las EPS, lo que implica que la demanda, a la cual se enfrenta cada EPS, es relativamente inelástica en términos de calidad.

Ahora bien, según Chicaiza (2005) el sistema incentiva a los proveedores para que induzcan la demanda. Esto desde mi concepto se explica por la obligatoriedad de las EPS o el Estado a pagar los tratamientos ya sea vía POS, CTC o tutelas. También los servicios de salud presentan inducción a la demanda porque una mayor oferta de servicios conduce a un aumento del consumo y sin una regulación en los precios, por ejemplo, en el caso de la atención de la Insuficiencia Renal Crónica los profesionales de la salud que atienden al paciente (nefrólogos, enfermeras, auxiliares, etc.), son formados y capacitados según las necesidades del proveedor, el cual induce la demanda, debido a que el profesional incide en la fidelidad del paciente. Lo mismo sucede con un laboratorio cuando organiza congresos y financia la asistencia del personal médico, influyendo en la objetividad del profesional. (Chicaiza, 2005).

Otras causas de riesgo moral son las de evasión al sistema. El Estudio de *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe* (Mesa-Lago, 2005. Pág.) menciona como causas de la

evasión: a) el aumento de la cotización que ha generado desincentivo para el cumplimiento de los empleadores y trabajadores; b) la crisis económica y el aumento del desempleo abierto; c) la expansión del sector informal; d) un monto de cotización mucho mayor que las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) recibidas por los afiliados de alto ingreso, y e) la pobre regulación y falta de medidas coercitivas y sanciones para lograr el cumplimiento de las normas.

La selección de riesgo, especialmente por parte de los prestadores de servicios de salud a los usuarios, se ha convertido en una práctica nefasta debido a que, a pesar de que la ley colombiana obliga a atender a cualquier paciente que tenga una urgencia vital, la falta de subsidio a la oferta obliga a los prestadores públicos y privados a rechazar pacientes que no tengan un convenio o no estén amparados por la afiliación a una EPS. Esto por temor a incurrir en gastos que no puedan ser recobrados. Con la eliminación progresiva del subsidio a la oferta se ha incurrido en gastos que no puedan ser recobrados de forma factible a los fondos o a las EPS. Así se crean mecanismos burocráticos o trámites para el traslado de los usuarios a otras IPS donde estén afiliados, rechazando su atención. Esto que se conoce en la jerga común como “paseo de la muerte” (Tabla 3-1).

También se ha evidenciado que las sociedades comerciales, fundaciones sin ánimo de lucro, cooperativas y cajas de compensación son entidades que no están estructuradas para adoptar estándares de ética organizacional para asumir o prestar servicios de salud (Guerrero, 2012).

Tabla 3-1: Fallas del mercado de la salud colombiano

IMPERFECCIONES	ASEGURADOR	PROVEEDOR	USUARIO
Riesgo Moral	<p>Causas de evasión</p> <p>a) Aumento de la cotización. b) Crisis económica y el aumento del desempleo. c) Expansión del sector informal. d) Cotización mucho mayor que las prestaciones del POS recibidas por los afiliados de alto ingreso. e) Pobre regulación y falta de medidas coercitivas y sanciones</p> <p>Efectos sobre la integralidad del sistema</p> <p>a) Desvío de recursos para actividades comerciales distintas a la salud. b) Incorporación al régimen subsidiado de personas con capacidad de pago. c) Retrasos en los pagos a las EPS-S. d) UPC por afiliados inexistentes. e) Pagos de las EPS-S a los alcaldes para trasladar usuarios a su favor f) Clientelismo</p>	<p>Causa</p> <p>Pagos de prestadoras de servicios a las EPS-S para obtener contratos.</p> <p>Efecto</p> <p>Sociedades comerciales, fundaciones sin ánimo de lucro, cooperativas y cajas de compensación, entre otras figuras jurídicas.</p>	<p>Efecto</p> <p>Sobreutilización del servicio</p>
Asimetría de la Información	<p>Causas de la falla sobre la libre elección</p> <p>a) Desconocen sus derechos b) Carecen de información, ésta es insuficiente o no tienen la educación para hacer una selección. c) Asumen que perderán sus derechos. d) Los empleadores toman decisiones por sus empleados f) Crean su propia red de proveedoras (Integración Vertical) g) Los gobernadores y alcaldes contratan una sola aseguradora.</p>	<p>Efectos sobre la provisión de servicios</p> <p>a) Demanda inducida por la Oferta. b) Falta de regulación de Precios.</p>	<p>Causa</p> <p>Información Oculta sobre una situación de riesgo</p> <p>Efecto</p> <p>Falla sobre la libre elección.</p>
Selección Adversa	<p>Causa</p> <p>Falta de información verdadera del estado de salud del paciente.</p> <p>Efecto</p> <p>Carga de los eventos catastróficos o de alto costo.</p>	<p>Causa</p> <p>Eliminación progresiva de subsidio a la oferta</p> <p>Efecto</p> <p>"Paseo de la muerte" por selección de riesgo</p>	<p>Afecta el acceso universal a los servicios</p> <p>Elección EPS por calidad</p>
Monopolios y Oligopolios	<p>Causa</p> <p>Municipios y territorios alejados</p> <p>Efecto</p> <p>Integración vertical mayor al 30%</p>	<p>Causa</p> <p>Factores tecnológicos escasos.</p>	<p>Efecto</p> <p>Falla sobre la libre elección.</p>

NOTA: Esta tabla describe las imperfecciones del mercado de la salud en Colombia, respecto al asegurador, proveedor y usuario.

3.7 Competitividad del modelo de salud colombiana

Hasta ahora el análisis de las fallas del mercado de la salud para Colombia, se ha centrado en los aspectos microeconómicos descritos por Arrow, derivados de la incertidumbre de la enfermedad y de la efectividad de los tratamientos, así como de la falta de racionalidad del consumidor que llevan a la pérdida del equilibrio del mercado de los servicios de salud. En este aparte se tratarán los resultados de intervención derivadas del modelo macroeconómico de competencia regulada y subsidio a la demanda, los cuales en la mayoría de los indicadores de salud pública han logrado un avance significativo respecto a los del modelo anterior, mejorando la competitividad del sistema a nivel mundial, pero aún con muchas ineficiencias de la distribución de los recursos dentro del sistema de salud. El análisis se centra en el comportamiento de oferta y demanda, en el acceso, la calidad y la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia, aunque para el caso de la eficiencia financiera y la equidad del acceso se dedicará un capítulo a cada uno.

Dentro de las características de los mercados de servicios de salud, cuyas conocidas fallas limitan su funcionamiento como mercados competitivos se optó por un modelo que combinara la acción del Estado con la del mercado, buscando alcanzar mejores condiciones de eficiencia, equidad y calidad de los servicios, (Schmalbach et al., 2008). El avance del país en materia de cobertura de los servicios de salud y protección financiera ha sido bien documentado en capítulos anteriores, pero en relación con los avances de salud para el país los documentaremos siguiendo el comportamiento de indicadores de salud pública y los indicadores de los objetivos del Milenio para el año 2015. Un ejemplo es la tasa de mortalidad infantil (TMI), que pasó de 20.4 en 2005 a 18.4 en 2010, según cifras del DANE, o la esperanza de vida al nacer, que en 2012 era de 73.9 años, según el Informe de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas y que sitúa a Colombia país entre los países de “alto desarrollo humano”. No obstante, estos indicadores agregados esconden altísimas diferencias a nivel regional. Por ejemplo, la TMI en 2010 era 44 en Chocó y en Quindío (Guerrero, 2013).

En materia de salud pública existe mucho espacio para mejorar. En indicadores trazadores fundamentales de un sistema de salud, tales como la mortalidad materna e infantil, al país no le va bien en el contexto internacional. Si bien la reducción en la tasa de mortalidad materna entre 2000 y 2010 fue grande, dicha tendencia se estancó durante los últimos años. Por ejemplo, Colombia, en 2013 registró una tasa mayor (83 por cada 100.000 nacidos vivos) que otros países latinoamericanos como Costa Rica y Chile, pero fue menor que en el Perú. Dicha situación es similar en materia de mortalidad infantil; aunque se redujo sustancialmente, el país está aún rezagado en el ámbito internacional (Guzmán, 2014).

Sin embargo, los indicadores de eficacia del sistema reflejados en el comportamiento del estado de salud para la población colombiana son positivos porque presentan tendencias favorables en la mayoría de los parámetros desde la década de los años noventa del siglo XX hasta la fecha, periodo coincidente con la implementación de la reforma de la Ley 100 de 1993. Por ejemplo, Colombia ha aumentado la esperanza de vida al nacer y ha disminuido la mortalidad por enfermedades transmisibles y la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad disminuyó de 6,7 a 5,8 por cada 1000 habitantes y la esperanza de vida ascendió, en los últimos 26 años, más de 6 años al pasar de 68 años en 1990 a 74,8 años en 2016, según estadísticas de la OMS, 2016.

En los Objetivos del Milenio trazados en el año 2000 para el año 2015, por la Cumbre de las Naciones Unidas, se observa para el caso colombiano:

- Disminución sostenida de la desnutrición global y crónica en los menores de 5 años.
- Disminución sostenida en la mortalidad infantil (menores de 1 año) y en la niñez (menores de 5 años).
- Modernización del esquema de vacunación y cobertura promedio superior al 90% desde el año 2005.
- Aumento del porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales.
- Cumplimiento anticipado de las metas de atención institucional del parto, partos atendidos por personal calificado, cobertura de tratamiento antirretroviral en personas con VIH/SIDA, mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino y mortalidad por malaria.
- Mayor acceso a servicios de atención materna.

- Aumento sostenido del uso de métodos modernos de anticoncepción entre las adolescentes y mujeres sexualmente activas.
- Un aumento de la tendencia en embarazo adolescente (15-19 años), pero con un cambio de la tendencia para el último trienio.
- Disminución de la prevalencia de VIH/SIDA en la población de 15 a 19 años.

Otros indicadores de interés para este tema de análisis que presentan una tendencia a disminuir a lo largo de los últimos años son: la tasa global de fecundidad (número promedio de hijos por mujer); la tasa bruta de natalidad (nacimientos por cada 1000 personas de la población colombiana) y la tasa bruta de mortalidad (número de defunciones por cada 1000 personas). La edad media de la fecundidad se ha mantenido estable.

En el índice de desnutrición crónica, se evidencia una disminución significativa del porcentaje de desnutrición sobre el total de la población menor de 5 años.

De acuerdo con la información de la Encuesta Nacional de Salud-ENDS (2010), la mortalidad por deficiencias nutricionales ha disminuido, al igual que el porcentaje de población de niños menores de 5 años que presentan algún tipo de desnutrición.

Los avances en los aspectos sanitarios han aumentado la expectativa de vida de los colombianos y se espera que sigan en alza. En los últimos 20 años se incrementó en siete años para las mujeres y en cuatro para los hombres, llegando a 78.6 y 72.1 años, respectivamente.

Siguiendo los datos que aparecen en el documento *La salud en Colombia Logros, retos y recomendaciones* (Universidad de los Andes, 2012) la esperanza de vida al nacer (EVN), entendida como el número promedio de años que viviría una persona, siempre y cuando se mantengan las tendencias de mortalidad existentes en un determinado período, ha presentado en el país una tendencia a aumentar en las últimas décadas. Este aumento se observa tanto en el total de la población como en la población por sexos, siendo mayor en mujeres que en hombres en 6,47 años en el quinquenio entre el 2010 y el 2015.

En el mismo texto se afirma que en el mundo la esperanza de vida al nacer se estima en 67,07 años. El país con la EVN más alta es Japón, con 82,25 años, y la EVN más baja la presenta Angola con 38,76 años.

No sucede lo mismo con la prevalencia de bajo peso al nacer, la cual va en aumento. Actualmente, ésta es objeto de seguimiento epidemiológico e hizo parte de los indicadores de los ODM, según el CONPES 140 del 2011. El bajo peso al nacer no solo aumenta la vulnerabilidad de los recién nacidos, sino que está demostrada su relación con obesidad y la diabetes en la edad adulta (Bernal y Gutiérrez, 2012).

De acuerdo con el Índice Global de Competitividad (IGC) del Foro Económico Mundial (WEF por su sigla en inglés), el cual se ha convertido en el principal referente en materia de competitividad a nivel mundial, Colombia pasó, entre 2010 y 2014, del puesto 68 entre 139 países al puesto 66 entre 144 países. Esta situación es preocupante en la medida en que, en el contexto latinoamericano, el país ocupa el séptimo lugar, lejos de la meta fijada hace ocho años de convertirse en 2032 en la tercera economía más competitiva de América Latina.

Entre tanto, otros países como Costa Rica, Perú y Panamá han tenido logros importantes en materia de competitividad, que les ha permitido avanzar sustancialmente en este indicador, superando a Colombia.

El pilar con mayor retroceso es el de salud y educación primaria (el WEF los agrupa en un solo pilar). El país, en vez de avanzar durante los últimos cuatro años en el pilar de salud y educación primaria, retrocedió 26 puestos llegando en 2014 al puesto 105 entre los países medidos por el WEF y al lugar 14 en América Latina. Aunque en este pilar los países latinoamericanos no cuentan con un lugar destacado –Costa Rica tiene el mejor puntaje en el puesto 48–, para superar a Argentina que ocupa el tercer lugar en la región en este pilar, Colombia debería avanzar en más de 38 posiciones.

En materia de salud, en el subpilar expectativa de vida, Colombia ocupa el puesto 75 entre los países del WEF y el noveno en la región. Para alcanzar a Panamá, tercer país en Latinoamérica con la mejor posición debe avanzar en más de 37 puestos.

El capítulo de Salud del Informe Nacional de Competitividad 2014–2015 analiza la situación del actual sistema de salud a la luz de tres dimensiones: I) competitividad de la cadena; II) acceso y calidad de los servicios y III) sostenibilidad financiera.

Una de las grandes conclusiones es que a pesar de que la cobertura en salud es casi universal, no pasa lo mismo con el acceso a los servicios de salud, el cual se ha reducido durante los últimos años. Dicha situación es explicada por distintos factores, entre los cuales está la baja calidad del servicio.

Frente a este nuevo panorama se evidencia la necesidad de cambiar la manera como operaría y se sostendría financieramente el sistema de salud, para lo cual sería fundamental la generación de incentivos suficientes que mejoren el desempeño de los encargados de administrar el sistema.

Así mismo, sería clave ir más allá de lo establecido en la pasada reforma tributaria de 2012 y 2016, buscando alternativas diferentes a la nómina para la financiación del mismo.

La productividad laboral, determinante clave en la competitividad de un país, depende de distintos factores, dentro de los cuales se encuentra la buena condición de salud de la población. Si bien Colombia incrementó su productividad laboral entre 2010 y 2013 en 1,3% en promedio anual, en el contexto latinoamericano sólo está por encima de Brasil y Bolivia, y con respecto a países de referencia ocupa el penúltimo lugar. Si Colombia quiere alcanzar a México, que de continuar la tendencia en 2032 sería el tercer país con la productividad laboral más alta en la región, debería haber incrementado su productividad en 4,1% en promedio por año entre 2014 y 2018.

Si bien a través de la Ley 100 de 1993 y de otras leyes y decretos posteriores se han realizado esfuerzos permitiendo alcanzar logros importantes en materia de salud, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) aún presenta grandes deficiencias que impiden garantizar una población sana. Contar con un sistema adecuado de salud es un aspecto clave que contribuirá con la meta de ser el tercer país más competitivo de América Latina en el año 2032.

3.7.1 Fallas en la competitividad del modelo de salud en Colombia (variables de oferta, demanda, acceso, calidad)

3.7.1.1 Recursos Humanos

Algunos expertos plantean que las reformas han fracasado en lograr muchos de dichos objetivos. Por ejemplo, continúa la carencia de personal especializado en atención primaria, economía de la salud, comunicación e ingeniería sanitaria. Por otra parte, el nombramiento de médicos por contratos a corto plazo no ha reducido el doble empleo ni ha aumentado el compromiso de aquellos con las instituciones; la corrupción y las diferencias de productividad en los hospitales continúan. Además, la presión para reducir costos ha provocado un deterioro en el mantenimiento y la flexibilización laboral ha tenido efectos adversos. En algunos estudios sobre enfermeras en Argentina, Brasil, Colombia y México se muestran incrementos tanto en la presión laboral y las tareas burocráticas (para las cuales no están entrenadas y restan tiempo de la atención de los pacientes), como en el doble empleo y la inseguridad, todo ello con consecuencias adversas en la eficiencia y la calidad de los servicios (Homedes y Ugalde, 2005).

Hay muy pocas cifras sobre productividad del trabajo médico en los países y no están normalizadas para permitir comparaciones. En Colombia se informa un incremento de la productividad del personal en los hospitales de la capital del 30% en 1994-1997 pero una disminución de 14% en la del médico de familia. La eficiencia medida por la productividad de los hospitales aumentó en Bogotá 30% entre 1994 y 1997, al igual que hubo en las mismas fechas un incremento en los gastos de personal. Sin embargo, la productividad del médico de familia disminuyó 11% en dicho período (Felizzola, 2002; Homedes y Ugalde, 2003).

Las ventajas prestacionales laborales para los funcionarios públicos de planta permanente son muy altas, lo que ha promovido el empleo de personal de salud contratado de forma temporal (Jaramillo, 1999; Sojo 2001a; Felizzola, 2002; OPS, 2005a).

Respecto a las fallas en el área de recursos humanos, la Organización Panamericana de Salud identifica como problemas la carencia de políticas y estrategias para la evaluación del desempeño; el escaso conocimiento de la gestión de recursos humanos sobre la productividad

y calidad de la atención; la tendencia a la proliferación de contratos externos para actividades sustantivas; la precarización de las condiciones de trabajo y deterioros de la moral y la motivación (33% de los médicos carecen de contratos estables), y el preocupante éxodo de especialistas hacia el extranjero (Mesa Lago, 2005, pg. 200).

Algunos de los problemas de oferta se deben en parte a factores propios del sector, tales como la mala formación de algunos profesionales. De acuerdo con las pruebas SaberPro del Ministerio de Educación, con excepción de medicina, las carreras relacionadas con el sector salud obtuvieron un puntaje inferior al promedio nacional en la mayoría de las áreas evaluadas (Figura 15). Así mismo, se estima que hay un déficit superior a 2.000 médicos y que esta brecha entre oferta y demanda está aumentada (McKinsey & Company, 2009).

Según el Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia (2013), mientras los médicos generales representan el 75 % de la fuerza médica y suman más de 45.000 médicos, todas las demás especialidades juntas, suman 16.982 médicos. De estos el 70 % de los egresados de programas de especialización son hombres, y solo el 30 % son mujeres.

La oferta para 2016 se estimó en 23.315 médicos especialistas en áreas clínicas, quirúrgicas y diagnósticas, en la siguiente proporción: Medicina Interna (14%), Pediatría (13%), Anestesiología (13%), Ginecología y Obstetricia (9%) y Cirugía General (8%). Según la demanda Medicina Interna mostró la mayor demanda (13% de los especialistas), seguida por Medicina Familiar, Pediatría y Anestesiología (12% cada una), Ginecología y Obstetricia (8%) y Cirugía General (7%). En la Encuesta de Evaluación de Servicios de las EPS (2016), cerca del 47% de los usuarios manifestaron haber esperado más de dos semanas para acceder al servicio de medicina interna, situación similar a cirugía general (40%) y otras especialidades: cardiología, neurología y ortopedia (52%). El 28,8% manifestó haber esperado más de dos semanas para acceder al servicio de Pediatría (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En el 2018, se reportó que de 113,000 médicos en ejercicio solamente 25,000 son especializados, lo que indica un déficit dentro del modelo de resolutivez basada en la infraestructura hospitalaria (MinSalud, 2018). Lo anterior, demuestra problemas en la

regulación de la educación superior e inequidades en el acceso a las especializaciones médicas, pero además que el modelo se orienta a resolver los problemas de salud en los altos niveles de complejidad, siendo el esquema de menor costo eficiencia de los sistemas de salud, además de la baja capacidad resolutoria obligada por factores de rentabilidad, de los médicos generales a quienes se les prohíbe ordenar exámenes requeridos de niveles medio y alto por contención de costos, lo que genera remisiones, trámites y demoras para ceder a consultas con pocos médicos especialistas, e incrementa el costo de las consultas especializadas por una oferta disminuida, pero inducida por el mismo modelo de salud.

3.7.1.2 Ciencia y Tecnología

Según el informe Nacional de competitividad 2015, el acceso al uso de herramientas tecnológicas en salud es inequitativo, cabe resaltar que a partir de la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud; por medio de la Ley 1438 de 2011, hubo un avance en tecnologías en salud, pero las diferencias pueden ser muy fuertes entre zonas rurales y urbanas.

Existen grandes deficiencias en materia de información que imposibilitan la toma de decisiones para mejorar los procesos del sector. Igualmente, en el país son escasas las mediciones de los resultados en salud más allá de las vacunas y la mortalidad.

3.7.1.3 Infraestructura

Según el mismo informe (Consejo Privado de Competitividad, 2015) las deficiencias en infraestructura son otro factor que explica la falta de competitividad del sector. El número de camas hospitalarias en el país es bastante bajo frente al contexto internacional: mientras Colombia solo contaba con 1.5 camas por cada 1 000 personas en 2012, países como Cuba y Argentina tenían en promedio 5.3 y 4.7, respectivamente. Del mismo modo, existe insuficiencia en oferta de servicios especializados y servicios diagnósticos, terapéuticos y de baja complejidad, como la pediatría, los cuales están siendo cerrados por no representar una alta rentabilidad; de esta forma, se concentra la oferta en servicios de alto costo. Sin embargo, el indicador para el año 2018, aumentó a 1.7 camas por 1000 personas según datos del Registro

Especial de Prestadores de Servicios de Salud, debido a la gran inversión en infraestructura hospitalaria del sector privado, pero debe considerarse además el subregistro de camas por dificultad de los sistemas de información del Ministerio de Salud.

El número de médicos promedio en América Latina es 17.1, en Perú 12.2, en Colombia es de 15 por 10.000 habitantes, y en Chile 19, lo cual evidencia una posición para Colombia por debajo del promedio, pero cercana a países de ingreso similar. Asimismo, el número de personal de enfermería, que en el país es de 6.2 por cada 10 000 habitantes, es muy bajo frente al promedio de 26.1 en los países con el mismo nivel de desarrollo (Cobo, 2013).

Frente a esta situación, el progreso en el país no es el esperado, por lo menos en lo que se refiere a las IPS públicas, las cuales no efectuaron grandes cambios en su capacidad hospitalaria entre 2002 y 2012. Si bien se dieron leves aumentos en el número de consultorios y unidades de odontología, la cantidad de camas, salas de quirófanos y mesas de parto se redujeron. De un total de 234 tipos de servicios susceptibles de ser ofrecidos en el país, el 76% de los municipios ofrece entre 11 y 40 servicios, mientras el 0.4% de los municipios, correspondientes a las cinco ciudades principales, ofrece más de 200. Además, se podría estar reduciendo el grado de discrecionalidad de los médicos en aras del interés corporativo (Guzmán, 2014).

Sin embargo, hay un incremento significativo de la inversión en construcción hospitalaria, bajo la inversión privada. En ese sentido, en los últimos años se han reportado las siguientes inversiones en la infraestructura en salud.

En Cali, el Centro Médico Imbanaco adelanta la construcción de un nuevo centro de 32 mil metros cuadrados; y, Comfandi construye la Clínica Amiga, una edificación de 24 mil metros cuadrados (inversión de 150 mil millones). En Medellín: el Hospital Pablo Tobón Uribe adelanta la construcción de una nueva torre de 15 pisos y 51 mil metros cuadrados (inversión de 175 mil millones). En Santander, se acaba de anunciar que la Fundación Cardiovascular invertirá 363 mil millones para el desarrollo del complejo médico de la FCV en Piedecuesta. En los últimos cuatro años se han invertido más de 730 mil millones para la construcción, ampliación y adecuación de instalaciones médicas en Zonas Francas de Salud. En Bogotá, la Universidad Nacional de Colombia inauguró el Hospital Universitario Nacional de 22 mil

metros cuadrados y 230 camas, al tiempo que la Fundación Santafé amplió su oferta en más de 200 camas.

Según el DANE el total del área en proceso de construcción en las 7 principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira y Armenia), en torno a la infraestructura hospitalaria, ha crecido de forma sostenida desde finales de 2005. En el último trimestre de 2005 había 119 mil m² en construcción. En el segundo trimestre de 2012 se reportaron 504 mil m² en construcción. En pocas palabras, el área total en proceso de construcción para hospitales creció 324% en dicho período (2005-2012). Para el mismo período el total de metros cuadrados en construcción para toda la economía, excluyendo hospitales, creció alrededor del 56%.

En el primer trimestre del año 2013, el número de metros cuadrados de área nueva destinada a hospitales duplicó el mismo indicador en 2012 (58 mil versus 28 mil) y triplicó el de 2011 (16 mil) (Guerrero, 2013). En el tercer trimestre del 2013, el área nueva destinada a hospitales alcanzó los 121 mil metros cuadrados, siendo esta la cifra histórica más alta (Guerrero & Prada, 2014).

En el tercer trimestre de 2008 el DANE empezó a publicar las cifras de construcción de las 15 principales ciudades del país: se agregaron a la lista Cartagena, Ibagué, Cúcuta, Manizales, Villavicencio, Neiva, Pasto y Popayán. El total de área en construcción con destino hospitalario para ese trimestre fue de 246 mil metros cuadrados. La misma cifra para el segundo trimestre de 2012 llega a los 586 mil metros cuadrados. De otro lado, aunque algunas ciudades –como Medellín, Barranquilla, Cali, Cúcuta y Bucaramanga– han avanzado en el desarrollo de clústeres de salud para incrementar la productividad del sector, aún existe mucho espacio para mejorar a nivel regional. (Consejo Privado de Competitividad, 2015). En resumen, y al igual que las cifras de empleo, la construcción hospitalaria por parte de inversionistas privados presenta un comportamiento positivo con tasas de crecimiento superiores al del resto de la economía (Guerrero, 2012).

3.7.1.4 Fallas sobre la Cobertura (demanda)

Colombia, hasta finales de los años noventa, tenía los peores indicadores de salud de América, superando tan solo a Haití; su cobertura era muy limitada, cubría sólo al 22% de la población. Carecía de sistemas de información, el servicio era fragmentado, ineficiente y era una muestra clara de inequidad. La Ley 100 de 1993 creó un nuevo modelo de seguridad social, que en sólo 22 años permitió que la cobertura llegara a superar el 95% de la población.

La Ley 100, en su exposición de motivos, pronosticaba que un 70 por ciento de la población entraría al RC y el 30 por ciento restante lo haría a la seguridad social, a través del régimen subsidiado. La realidad actual muestra que el RC cubre el 49% de la población.

El sistema de salud colombiano casi que ha alcanzado la cobertura universal y es de esperar que el nivel se sostenga. Según las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadística en la ENCV (2016) se llegó al 95,4% de cobertura solo en el Sistema General de Seguridad Social. El RC frenó su crecimiento hace cerca de una década en función de la flexibilización laboral, la informalidad del trabajo y las distintas formas de contratación indirectas, a través de cooperativas, de prestación de servicios, etc. Sin embargo, se registró un aumento vertiginoso de cobertura del régimen subsidiado, situación muy favorecedora para el logro de la meta de aseguramiento, pero con inconvenientes en la adjudicación de los subsidios debido a que no se ha hecho de forma adecuada: mientras que 28% de la población que debería recibir el subsidio no lo recibe, el 22.5% de los subsidiados no son pobres o pertenecen a los más altos quintiles de ingreso. Se debe que tener en cuenta que muchas de las personas pobres que se encuentran cubiertas por un seguro recibían atención médica en los servicios públicos de salud antes de la reforma inscrita en la Ley 100 de 1993. Como ya se ha explicado, muchos pobres asegurados ahora no pueden acceder a los servicios por falta de recursos para costear la parte que les corresponde de los pagos compartidos, entre otras causas. Aunque hay que reconocer que las proporciones de acceso han evolucionado favorablemente después de la Ley 100 de 1993, si se compara con los indicadores de acceso anteriores a la reforma que alcanzaban sólo el 25% de la población para 1993 (Vargas & Molina, 2009). Antes de la reforma al sistema de salud, la cobertura era de 28% en 1992. (Vargas, 2004).

La afiliación al sistema de salud ya no tiene los niveles de inequidad de años anteriores: hoy los quintiles más bajos registran una afiliación cercana al 100%, pero es necesario identificar el acceso potencial al sistema de salud, dado por ese nivel de aseguramiento. También disminuyó la necesidad de atención profesional del 15,5% al 12% en diez años desde el año 2000. Así mismo, se ha reducido la inequidad en otros indicadores de salud general, infantil y de salud sexual y reproductiva, pero en algunos casos de atención preventiva como la mamografía sigue siendo 7,6 veces mayor entre los de mejor ingreso que en los pobres. También el bajo acceso a los programas preventivos puede deberse a los menores niveles de educación en los quintiles 1 a 3, que no permiten adherir los hábitos saludables necesarios, la cultura de la corresponsabilidad y del autocuidado. (Bernal, 2012).

3.7.2 Fallas en el acceso y la calidad

Según Mesa-Lago (2005) los pobres urbanos, los habitantes de las zonas rurales y las poblaciones indígenas son las que tienen peor acceso a los sistemas de salud. Es de resaltar que existe un porcentaje importante de la población que no es lo suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero que tampoco cuenta con los ingresos necesarios para mantener su afiliación al RC. Se debe aclarar que la afiliación al seguro no garantiza el acceso. Homedes & Ugalde (2005) han señalado que la adopción del seguro para los pobres no se ha traducido en un aumento importante de la demanda y que las cuotas moderadoras y los pagos compartidos podrían estar restringiendo el acceso más allá de lo esperado.

Aún existen barreras geográficas y administrativas que impiden el acceso al sistema. Por ejemplo, el 78% de los proveedores de servicios de salud en Bogotá D.C. se ubican en el norte de la ciudad, donde residen los usuarios con ingresos más altos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2009). Por otra parte, mientras entre 1997 y 2012 la cobertura del aseguramiento pasó de 56.9% a 91.1%, el acceso disminuyó de 79.1% a 75.5% a nivel regional, con excepción de Antioquia y Orinoquía (Ayala, 2014).

Desde el punto de vista de la calidad, en el año 2015 solo 34 instituciones en el país habían logrado la certificación de acreditación bajo los requisitos esenciales del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC, regulado por el Decreto 1011 de 2006. Pero la baja calidad

en los servicios de salud también se refleja en los excesivos trámites a los que se ven sometidos los afiliados, medida desde la oportunidad para obtener una cita: cada vez es mayor el porcentaje de usuarios para los que entre la solicitud de la cita y el servicio transcurren más de 30 días. En este aspecto, el porcentaje de espera se incrementó entre 2008 y 2012 en las cinco principales ciudades del país –Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Cartagena–, al pasar de 5,9% a 15,3% (Reina, 2014, Guzmán, 2014). (Tabla 3-2).

Esta baja calidad de los servicios de salud se debe en parte a la falta de incentivos para mejorar la competencia con base en criterios de calidad. Con la Ley 100 de 1993 se esperaba promover los servicios de salud y prevenir enfermedades, a partir de la mayor competencia entre proveedores y la libre elección por parte de los usuarios, principalmente en los primeros niveles de complejidad los individuos pueden verse beneficiados por los bienes y servicios de salud pública puros, sin ni siquiera saber que éstos existen (por ejemplo, el control de vectores), aunque por lo general están muy conscientes de la insuficiencia de los servicios cuando éstos no se prestan en forma adecuada (Burki *et al.*, 1999).

Tabla 3-2: Fallas en la competitividad del modelo de salud colombiano.

IMPERFECCIONES	ASEGURADOR	PROVEEDOR	USUARIO
Modelo de oferta y demanda	Resolutividad centrada en la alta complejidad. Excepciones al POS. Trámites y citas. Distancias de los centros de atención.	Malos resultados pruebas Saber Pro. Poco avance en ciencia, tecnología e innovación en salud. Oferta de solo 11-40 servicios en 76% de los municipios. Oferta de más de 200 servicios en las ciudades principales. Oferta insuficiente para problemas cardiovasculares y oncológicos. Concentración de la oferta en servicios rentables de alto costo y baja disponibilidad de servicios no rentables de baja complejidad (pediatría, urgencias). Presencia de solo 1.5 camas hospitalarias por cada 1 000 habitantes, frente a 5 camas /1.000 región. Presencia de solo 15 médicos por 10.000 habitantes, frente a 17,1 región. Presencia de solo 6.2 profesionales en enfermería por cada 10 000 habitantes, frente a 26,1 en Latinoamérica	
Acceso y Calidad de Servicios	La afiliación al seguro no garantiza el acceso. El pago de copagos dificulta el acceso. Existen varios problemas en la atención: a) no reciben o le entregan solo parte los medicamentos. b) no tienen una consulta preventiva anual. c) Se les niega o demora el servicio de urgencias sin justificación.	78% de los proveedores de servicios de salud en Bogotá D.C. se ubican en el norte de la ciudad. 62% de los médicos especialistas se concentra en las cuatro principales ciudades, 41% de ellos solo en Bogotá D.C. Desplazamiento a centros de salud y tiempo que implica acudir al médico. Demoras de más de 8 a 30 días para la consulta. Demoras en cirugías en el 5.9-15.3% de los casos. Solo 34 instituciones en el país han logrado la certificación de acreditación.	Los pobres, las zonas rurales y las poblaciones indígenas son las que tienen peor acceso. Las cuotas moderadoras dificultan el acceso.
Amenazas a la Sostenibilidad financiera	Desempleo e informalidad. Crisis fiscal. Incumplimiento de la entrega de fondos del petróleo. Las demoras en la transferencia oportuna de los recursos del aporte solidario y de las cajas de compensación familiar. Exclusión de grupos privilegiados que no cotizan al sistema. Falta de diagnóstico y registro de las enfermedades ocupacionales. Contribución al desbalance financiero del Fondo de Solidaridad y Garantía por parte de los regímenes especiales. UPC del contributivo de \$629 974 en 2015, 11.7% mayor que la UPC del subsidiado de \$563 590 5.8 del PIB en inversión en salud.	Situación paradójica de liquidez en el sector privado e iliquidez en el sector público. Incapacidad de los hospitales públicos para recuperar el costo de servicios prestados.	Afiliados al régimen contributivo pueden comprar de su bolsillo prestaciones complementarias sobre el POS

NOTA: Esta tabla describe las fallas del asegurador, proveedor y usuario, derivadas del modelo actual de la salud colombiana.

3.7.3 Amenazas para la sostenibilidad Financiera

La sostenibilidad financiera del sistema está amenazada por múltiples factores: la crisis económica; el incremento del desempleo y la informalidad; la crisis fiscal; la subdeclaración, la evasión y la mora; la afiliación fraudulenta y las multifiliaciones; la corrupción en la administración de las aseguradoras del régimen subsidiado y contributivo; el incumplimiento de la entrega de fondos del petróleo; las demoras en la transferencia oportuna de los recursos provenientes del aporte solidario y de las cajas de compensación familiar; la altísima carga de los eventos catastróficos o de alto costo; la incapacidad de los hospitales públicos para recuperar el costo de servicios prestados (lo cual los tiene inmersos en la crisis más grave en la historia del país); la exclusión de grupos privilegiados que no hacen parte del sistema como los regímenes de excepción y especiales que lo fragmentan, y la falta de diagnóstico y registro de las enfermedades, son algunas de las causas que pueden llevar a desestabilizar el funcionamiento financiero del sistema. Por lo tanto, se realizará un análisis de este componente del modelo de salud, continuando con la óptica de la eficiencia.

3.8 Conclusiones

La exposición de fallas que presenta el sistema reconoce en primer lugar, que los servicios de salud tienen distorsiones que lo alejan de un sector óptimo y eficiente a nivel microeconómico, donde haya equilibrio del mercado, conforme a los postulados vigentes de Arrow y otros autores. Segundo, que la reforma implementada, a partir de la Ley 100 de 1993, ha logrado un avance significativo en la cobertura de aseguramiento hasta hacerse casi universal, así como avances en muchos resultados de salud para el país; sin embargo, esto no sucede en el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema, debido a fallas derivadas del modelo de salud en sus componentes macroeconómicos de oferta, a nivel de recursos humanos, tecnología, concentración urbana de la oferta, e infraestructura, así como a problemas de demanda derivadas del esquema de aseguramiento en Colombia. Con el propósito de hacer más eficientes y óptimas las condiciones del mercado, se ha minimizado la regulación y la financiación mayoritaria del Estado en el modelo económico actual de salud en Colombia. Sin embargo, aún persisten fallas, que además de acentuar la competencia

imperfecta “natural” del mercado de los servicios de salud entre los actores, resultan en un modelo de aseguramiento de salud inequitativo.

La complejidad de regular los mercados de aseguramiento en salud, por la necesidad de monopolios naturales en la prestación de servicios, además de la información asimétrica por riesgo moral y la selección adversa, la corrupción, la evasión y otros problemas estructurales, hace que persistan los problemas de ineficiencia en el manejo y asignación de los recursos, que afectan el acceso y la calidad a pesar de la gran cantidad de normas que existen para el sector salud, y que se elaboraron con el propósito de intervenir el mercado para mejorar la calidad y lograr la universalidad de acceso.

Entonces, se considera que es necesario un nuevo paradigma, que no solo permita la eficiencia del sistema, entendida como la organización equitativa de los recursos entre los actores con resultados óptimos del mercado, sino que garantice el derecho a la salud y la equidad en la prestación de los servicios de salud.

El sistema debe buscar la implementación de esquemas económicos basándose en enfoques alternativos y complementarios al modelo vigente. Una alternativa está en las propuestas vistas desde la perspectiva de justicia del liberalismo igualitario y los modelos económicos de las rentas universales, las cuales no son del todo ortodoxas ni heterodoxas, pero lograrían intervenir muchas causas de las fallas para optimizar el mercado y ofrecer igualdad de oportunidades de acceso.

Capítulo 4

Eficiencia del Fondo de Protección Social como instrumento de la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia

4.1 Introducción

En economía, una definición de eficiencia se refiere al mejor uso de recursos escasos. El sistema de salud, igualmente, exige la gestión racional de los recursos disponibles, maximizando sus resultados. Aunque la visión de eficiencia paretiana no es la adecuada para el análisis microeconómico de los servicios de salud, por los factores anteriormente expuestos de incertidumbre e irracionalidad, según Arrow y Mushkin; a nivel macroeconómico del sector salud considero aplicable la visión clásica de Pareto: dada una asignación inicial de bienes entre un conjunto de individuos, un cambio hacia una nueva asignación que al menos mejora la situación de un individuo sin hacer que empeore la situación de los demás, sería eficiente (óptimo de Pareto), que además es la recomendada por el Banco Mundial y tradicionalmente utilitarista, pero que se ajusta también al segundo principio de justicia-equidad del liberalismo igualitario, el principio de diferencia. En las medidas introducidas por el Banco Mundial en 1993, se recomendó mejorar la eficiencia de los sistemas de salud

a través de la reducción a la mitad del gasto público asignado al tercer nivel de atención (porque es muy costoso en relación con el beneficio que genera) y aumentar al doble o el triple la asignación pública al primer nivel (paquete básico, etc.). Así, los dos niveles superiores podrían ser financiados por los subsectores privado y público. Sin embargo, en Colombia toda la financiación del SGSSS está a cargo del Fondo de Protección Social en salud, hoy denominado ADRES.

Prieto y sus colaboradores (2004) afirman que el bienestar social se maximiza a través de las prácticas e intervenciones económicas más eficientes, convirtiendo a la eficiencia en el criterio clave de escogencia y decisión, base de las evaluaciones económicas, y aplicado a la salud para lograr el máximo nivel de salud con los recursos a disposición. En términos de Ortún (2001) "el verdadero costo de la atención sanitaria no es el dinero, sino los beneficios sanitarios que podrían haberse obtenido si se hubieran invertido dichos recursos en la mejor alternativa".

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud utilizó 19 indicadores para evaluar el impacto de las reformas de América Latina *en la eficiencia* en la asignación y gestión de los recursos, los cuales concluyeron que en la mitad de los países las reformas pueden estar contribuyendo a la introducción de mecanismos más eficientes de asignación de recursos; pero sólo una minoría ejercita acciones intersectoriales, realiza programas de prevención, ha mejorado los indicadores de la eficiencia global del sistema, y ha contribuido a la mejora de indicadores básicos de rendimiento hospitalario. (OPS, 1998).

Según Vargas (2004), la línea ortodoxa de la economía de Bienestar planteada por A. Bergson (1938) y P. Samuelson (1947), gira en torno al óptimo como solución a problemas relacionados con el bienestar y por lo tanto privilegia la eficiencia propia del óptimo, sin importar el grado de equidad o inequidad que se deriven de las soluciones. En contraste, las contribuciones de Arrow (1951) a la teoría de la elección social fueron un preludio del contractualismo. Arrow demostró la ruptura entre la elección social en función de bienestar social y la elección individual, a partir de las preferencias o decisiones individuales, debido a que aún bajo los supuestos más favorables, el proceso de elección social no es óptimo, pero el individual puede serlo. Para la economía de la salud, se analiza cuántos recursos sociales

se destinan a la salud afectando a otros sectores (costos sociales o de oportunidad), y cómo se distribuyen los recursos de la salud (el problema de la equidad). (Vargas, 2004). En el caso de la perspectiva de la justicia distributiva del contractualismo, la posición utilitarista del bienestar evoluciona a un concepto en el que las desigualdades económicas y sociales se justifican solo si son para provecho de todos, y si benefician al individuo que está en desventaja.

Ospina (2008) explica los efectos sociales de la eficiencia paretiana cuando describe cómo en el análisis económico las situaciones de equilibrio en los mercados de bienes y servicios, que los economistas llaman óptimos paretianos o eficientes, serán consideradas socialmente inaceptables cuando se refieren a la salud; por ejemplo al contemplar niños del Tercer Mundo muriendo de inanición cuando una sola persona consume recursos valorados en millones de euros para prolongar su vida unos pocos meses.

Para evaluar la eficiencia en el Sistema General de Seguridad Social en salud en Colombia se definen tres actores principales: el Estado, los intermediarios y el mercado. El Estado tiene a su cargo la regulación y provisión del presupuesto; los intermediarios que son las aseguradoras llamadas EPS (Entidades Promotoras de Salud), que tienen la función de articular a los diversos actores. Finalmente, el mercado está compuesto por la oferta y la demanda de servicios a través de clínicas y hospitales y los usuarios. Todos ellos confluyen en las fuentes y el uso de los recursos que se agrupan a través de un fondo denominado en Colombia ADRES, anteriormente denominado Fondo de Solidaridad y Garantía-(FOSYGA).

Para el caso de los intermediarios, son las Entidades Promotoras de Salud-(EPS) las que reciben del Fondo el pago correspondiente a cada afiliado (cotizante o beneficiario) denominado Unidad de Pago por Capitación-(UPC) para realizar la administración de los siniestros en salud que tengan los afiliados tanto del régimen contributivo como del subsidiado. Esto supone un tercer pagador (Estado, asegurador y asegurado) para la oferta (clínicas y hospitales) volviendo complejo y menos eficiente el sistema, más costoso y vulnerable a la corrupción. Woolhandler & Himmelstein en 1991, estimaron los costos administrativos de un modelo de salud con múltiples pagadores como el colombiano entre un 19 – 24% en comparación al 8 – 11% con único pagador, que en la mayoría de los casos sería el Estado.

En este aspecto, Paul Krugman (2009) explica también, que por efecto de la incertidumbre y la poca capacidad para confiar de parte de la demanda en la atención en salud, los seguros privados incurren en altos costos administrativos, por lo que un ideal es que los recursos de la salud sean administrados bajo una figura de pagador único.

Pero los costos administrativos en que incurre el Sistema no son la única causa de la ineficiencia. Existió un problema estructural más importante y fue la no actualización oportuna del Plan Obligatorio de Salud-(POS) permitiendo un desmedido aumento de los requerimientos No POS prestados por las EPS, para ser recobradas al Fondo de Solidaridad y Garantía-(FOSYGA). El POS se estancó desde el 2008 hasta el año 2011, pero aumentó en volumen de usuarios, medicamentos y tecnología médica. En el 2015 el valor de los servicios No POS del RC alcanzó los \$2,5 billones, cerca de ocho veces más que en el 2006 cuando fue de 300 mil millones, y 120 veces más que en el 2002, lo que demuestra la falta de sostenibilidad financiera y que es imposible a nivel mundial ofrecer y sostener planes ilimitados en salud. (Consejo Privado de Competitividad, 2017).

La oferta de servicios de salud también representa un factor estructural en la sostenibilidad del sistema debido al proceso de acceso en los diferentes niveles de complejidad y en términos de calidad. En este sentido, es importante el fortalecimiento del primer nivel de atención, especialmente en actividades de promoción y prevención. No fortalecer este nivel con un adecuado presupuesto implica un aumento en la demanda de mayores niveles de complejidad, y, por ende, del alto costo de la atención de alta complejidad hospitalaria. Los hospitales de primer nivel son piedra angular en el sistema, y los problemas financieros nacen en el manejo de costos que hasta ahora ha sido ineficiente para la mayoría de ellos.

Los estudios de costo-efectividad desarrollados por el Banco Mundial (1993) y acogidos por la Organización Mundial de la salud, evidencian mejores resultados de la inversión en el primer nivel de atención y en las actividades preventivas, que resuelven el 95% de las patologías y evitan la evolución de las enfermedades a niveles superiores de complejidad en los que el costo se eleva por la cantidad de medicamentos, procedimientos y tecnología médica especializada que se requiere en la atención curativa y de rehabilitación. Para el caso

de los ancianos y personas que por accidente requieren atención terciaria o de rehabilitación, el costo en términos de eficiencia es elevado para la sociedad, por tratarse de enfermedades catastróficas cuyo costo supera los ingresos familiares y debe ser tratado solo a través de la intermediación de aseguradores o reaseguradores, con el propósito de mejorar la costoefectividad de los tratamientos a través de la red de proveedores y la contratación eficiente de los servicios.

La Resolución 5261 de 1994, definió las enfermedades catastróficas o ruinosas como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo y alto costo, escasa ocurrencia y una mínima costo-efectividad en el tratamiento. Actualmente el artículo 162 de la Ley 100, de 1993, establece la obligatoriedad del reaseguro para las enfermedades de alto costo. Con esta norma el Estado pretendió la integralidad del POS y evitar la selección de los riesgos por parte de las EPS. Pero según el estudio de Chicaiza (2009) el comportamiento de los reaseguros fue que, del presupuesto invertido por conceptos de primas, sólo 28% fueron retornadas para el pago de siniestros, 5% correspondió a gastos de administración y 67% fueron utilidades. El RC en ese momento solo requería de 7.29% de la UPC para cubrir sus patologías catastróficas, y el RS 14.66% de su UPC. Estos resultados evidenciaron un esquema totalmente ineficiente para el sistema. Para el caso de los reaseguramientos de alto costo lo más efectivo sería el manejo regulado estrictamente por el Estado, que puede dispersar el riesgo, disminuir el valor de las primas por el agrupamiento del volumen de asegurados y de este modo mejorar la asignación de los recursos, reasegurando sólo los incidentes que verdaderamente superen un valor esperado, mediante el autoseguro de las EPS, para aquellos que se encuentren por debajo del valor esperado. (Chicaiza, 2009).

Otro factor de ineficiencia para el sector salud en Colombia es la cartera que reclaman los hospitales que es superior a 100 días en la mayoría de los casos, según la Asociación de Hospitales y Clínicas. Según la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral-ACEMI, el FOSYGA no pagó a tiempo las deudas a las EPS; esta situación sumada a la corrupción en los municipios repercutió en los estados financieros de los hospitales y la cadena de proveedores. (Gómez, 2013). La cartera elevada y el no pago de servicios dentro de los tiempos previstos por el prestador, han llevado a cierres temporales y definitivos de Hospitales emblemáticos en el país.

4.2 Del Aseguramiento en Salud

Hay que recordar que el 1% de los pacientes da cuenta de cerca del 40% de los gastos de una EPS. (Giordano y Colina, 2000). En 1997, 26% de los gastos de las EPS se destinaban para fines administrativos (incluidos los salarios), 17% eran para promoción y solo 57% eran para servicios. Hoy en día, a pesar de la prohibición de la ley 1122 de 2007, muchas administradoras tienen su propia red de instituciones prestadoras de servicios, por encima del límite establecido por ley del 30% de integración vertical, con el objeto de reducir aún más los gastos. Esto disminuye la competitividad de las instituciones públicas.

Aunque Colombia cuenta con recursos importantes para la salud, en relación con otros países de la región, la cadena de intermediación hace que parte del presupuesto que se destina específicamente para el gasto en salud no llegue al usuario. Las EPS se orientaron a la captura de rentas, además de desvíos de dineros a otros propósitos y fraude, lo que se refleja en altos costos al sistema, y contrario a su razón de ser, desestimulan las acciones preventivas, porque no son rentables. (Suárez et al, 2017).

En un modelo de salud de múltiples pagadores, se elevan los costes de transacción y de administración del sistema. Los costes de transacción vienen determinados por la cantidad de contratos que se establecen entre las administradoras y los proveedores. Los costes de administración pueden ser de dos tipos: aquellos costes asociados a la afiliación, producción y comercialización de seguros, que recaen sobre la empresa aseguradora, y los costes derivados de la administración de múltiples seguros privados, que recaen en los proveedores de servicios sanitarios. Por ejemplo, la existencia de múltiples pagadores impone altos costos burocráticos a los proveedores, que han de gestionar numerosos contratos, planes que cubren diferentes servicios, copagos, documentación, etc.

Además, en Colombia, hay que tomar en cuenta que muchas tutelas para medicamentos de alto costo eran financiadas y estimuladas por la industria farmacéutica, que aprovechaba la existencia de un tercer pagador.

La reforma dejó fuera a las fuerzas armadas, la policía, el magisterio, las universidades públicas y los trabajadores del petróleo y los congresistas, los cuales gozan de prestaciones

superiores al POS y subsidios fiscales cuantiosos. A pesar de la normalización y la libertad de elección, las aseguradoras privadas han capturado la población de más alto ingreso a través de criterios de calidad, siendo seleccionados por usuarios del perfil socioeconómico y de riesgo más favorable, por falta de control.

Como lo describimos, en la integralidad del Sistema la Ley 100 (Ministerio de Salud, 1993), por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se establecen los principios generales del “nuevo” sistema en cuanto a la regulación y organización. Existe una separación de funciones en rectoría/regulación (Ministerio), financiamiento (FOSYGA), aseguramiento (EPS, EPS-S), provisión (IPS, ESS, ESE), y supervisión (Superintendencia). La gestión del aseguramiento, incluyendo la afiliación y la recaudación de las cotizaciones, ha sido descentralizada a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que pueden ser de diversa índole: estatal, sin ánimo de lucro o privadas, responsables también de la compra de los servicios de salud a los proveedores (Londoño, 1996).

Las IPS públicas como las privadas reciben los recursos para atender a los pacientes a través de facturación por contratos de prestación de servicios con las EPS, cuya función principal es ser promotoras de servicios de salud o Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Actualmente, el SGSSS tiene 45 EPS, 2.500 IPS, según la Organización para la Excelencia de la Salud (OES), y más de 30.000 profesionales independientes.

Uno de los principios de este sistema es la universalidad del servicio, que ha sido entendida solo desde la cobertura, como la afiliación obligatoria a una EPS por parte de todos los ciudadanos (trabajadores y no trabajadores). Este principio no se integraba en el modelo anterior de la reforma de la Ley 100 de 1993, donde solo el sector de los trabajadores (sector productivo) afiliados al ISS, CAJANAL u otras cajas, era cubierto por la seguridad social. El resto de la población era atendida por instituciones privadas para aquellos que tenían capacidad de pago y por hospitales públicos para aquellos con menores recursos.

Las EPS son entidades que deben demostrar suficiencia económica y administrativa para el manejo de los recursos. Regularmente estas han sido cajas de compensación, cooperativas, o empresas pertenecientes a otros holdings empresariales o grupos económicos. Algunas EPS

han decidido concentrarse en el tema de aseguramiento, limitando la producción propia de servicios; mientras que otras EPS, por su parte, tuvieron un crecimiento vertiginoso en otros negocios, lo cual de alguna manera desvirtuó la función de aseguramiento delegada por el Estado. Durante cerca de diez años, el RC generó excedentes financieros en su operación, los cuales se acumularon en su momento al interior de la subcuenta de compensación administrada por el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA (Núñez et al., 2012).

Desde el punto de vista financiero, las aseguradoras de salud durante más de diez años no manifestaron los problemas coyunturales de cartera de los últimos años. El RC funcionó con las tasas de cotización calculadas en la reforma pluralista, además de responder con el principio solidario mediante transferencias al régimen subsidiado. Actualmente son más los problemas estructurales que amenazan las finanzas de la salud, a pesar de los esfuerzos de los gobiernos por destinar partidas presupuestales adicionales para financiar el gasto No POS. Para el régimen subsidiado se destinaron, además de las rentas cedidas y de las regalías, recursos de los departamentos y municipios. También se financió desde el 2010, la igualación del POS contributivo y subsidiado para grupos vulnerables, los menores de 18 años y los mayores de 60 años.

Los recursos necesarios para universalizar el sistema son escasos y se agrava el pronóstico fiscal por situaciones asociadas al modelo de recaudo como la informalización de la economía que contribuye a disminuir los aportes de las contribuciones. A lo anterior se une el envejecimiento de la población, el cual aumenta el alto costo y reduce el número de contribuyentes. Por otra parte, las aseguradoras no tienen incentivos para reportar adecuadamente la base de cotización.

4.3 De la Prestación de Servicios

Según Sarmiento et al, (2005) para el año 2005, existían en Colombia aproximadamente 1.010 instituciones prestadoras de salud públicas y cerca de 1.015 privadas.

De acuerdo con la Superintendencia de Salud, en el año 2010 se reportaron 3.029 IPS a nivel nacional, presentándose una mayor concentración de instituciones privadas en las ciudades y una concentración menor de instituciones públicas en regiones apartadas. El Ministerio de Protección Social reportó en el año 2011, 1.023 instituciones públicas prestadoras de salud en el país. Estas cifras de la oferta suponen que los costos financieros, que se presentan en la prestación de servicios, especialmente del sector público, están afectando considerablemente el sistema. La oferta de servicios de salud es vital en el proceso de acceso a los diferentes niveles de complejidad y en términos de calidad.

Para el año 2018 la página de Datos Abiertos del Gobierno Digital de Colombia reporta 10.386 instituciones prestadoras de servicios de salud distribuidas de la siguiente manera: Por naturaleza 5.729 instituciones privadas, 4.592 públicas, 64 mixtas. Por niveles de atención, 423 de tercer nivel, 782 de segundo nivel, 3386 de primer nivel. Hay 5795 no clasificadas.

Es importante aclarar que la organización del sistema exige la entrada del paciente a los servicios de salud por el primer nivel de atención o por urgencias y según la necesidad va escalando al usuario por grados de complejidad, a través del sistema de referencia y contrarreferencia, con el propósito de controlar los gastos innecesarios por el uso de recursos humanos o tecnológicos más especializados.

La organización de la atención por niveles es un concepto que se desarrolló antes de la Atención Primaria en Salud. En 1920, Dawson en el Reino Unido definió cuáles eran los centros médicos del primer nivel de atención, y durante la Segunda Guerra Mundial, los servicios médicos de las fuerzas armadas soviéticas fueron distribuidos mediante un sistema de evacuación por niveles de atención. (London, 1920).

Vignolo (2011) diferencia los conceptos de Atención Primaria de la Salud (APS), los niveles de atención y los grados de complejidad. La APS es una estrategia definida en la conferencia de Alma Ata en 1978, como: *“la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que*

la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”, la APS puede tener una organización en cualquiera de los niveles de atención.

Los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar *los recursos* para satisfacer las necesidades *de servicios de salud* de la población. Clásicamente se distinguen tres niveles de atención: El primer nivel que es el nivel del primer contacto, permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. En este nivel se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados con la atención en medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primero y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, y se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura es provincial, departamental o nacional. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud de la población.

Por complejidad se define el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de *una unidad asistencial* y el grado de desarrollo alcanzado por ella. La complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. El primer nivel de Complejidad se refiere a policlínicas, centros de salud, consultorios y otros, donde asisten profesionales como Médicos Familiares y Comunitarios, Pediatras, Ginecólogos, y Médicos Generales. En el segundo nivel de Complejidad se ubicaría, al igual

que en el nivel de atención, a los hospitales con especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Ginecología, Cirugía General, Psiquiatría, etc. Finalmente, el tercer nivel de complejidad se refiere a establecimientos que realizan prestaciones médicas y quirúrgicas con presencia de subespecialidades, y un uso intensivo de recursos humanos y equipamientos, con la realización de procedimientos complejos y uso de alta tecnología.

En Colombia, la Resolución 5261 de 1994, artículo 92, definió los niveles (Nivel I, Nivel II, Nivel III, Nivel IV) que corresponden a las actividades, intervenciones y procedimientos, así:

Nivel I: médico general y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud; incluye consulta médica general, atención inicial, estabilización, resolución o remisión del paciente en urgencias, atención odontológica, laboratorio clínico básico, radiología básica medicamentos esenciales, citología, acciones intra y extramurales de promoción, prevención y control. Servicios con internación: atención obstétrica atención no quirúrgica u obstétrica (parto que no sea por cesárea) laboratorio clínico, radiología, medicamentos esenciales valoración diagnóstica y manejo médico.

Nivel II: médico general con interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados, atención ambulatoria especializada en la cual ha mediado interconsulta o remisión por el profesional general de la salud, por especialidades de medicina interna, pediatría ginecoobstetricia cirugía general, ortopedia, psiquiatría, al cual interconsulta o remite el médico general, laboratorio clínico especializado, radiología especializada, otros procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, procedimientos quirúrgicos derivados de la atención ambulatoria de medicina especializada en áreas como cirugía general, ginecoobstetricia, dermatología y otras.

Nivel III Y IV: médico especialista con la participación del médico general, laboratorio, e imagenología, brindado por supraespecialistas (cardiólogo, neumólogo, reumatólogo, otorrinolaringólogo, oftalmólogo). En estos niveles media aprobación por la EPS-C o EPS-S. Se consideran parte de estos niveles todos los recursos para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades catastróficas, de alto costo, trasplante renal, diálisis, neurocirugía y sistema nervioso, cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo del trauma mayor y manejo de pacientes infectados por VIH.

El artículo Tercero del Decreto reglamentario de la Ley 100, número 2753 de 1997, dictó las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y definió las instituciones de servicios de salud en grados de complejidad, de acuerdo con la tecnología y el personal responsable de cada actividad, intervención o procedimiento de salud. Los grados de complejidad son bajo, mediano y alto. El bajo nivel de complejidad corresponde al nivel I de recursos, el nivel medio de complejidad corresponde al nivel II de atención, y en el alto nivel de complejidad se incluyen los niveles tres y cuatro previstos en la resolución 5261 de 1994.

El SGSSS se ha orientado hacia la resolutiveidad en la alta complejidad, con escasa capacidad en prevención y promoción (Minsalud, 2005). Según el estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

Sin embargo, los resultados muestran que en el país el 66 % de las IPS son de atención ambulatoria, el 17 % hospitales, el 11 % centros de promoción y prevención y el 6 % prestadores de servicios auxiliares. La concentración de activos es opuesta a los niveles de atención, debido a que los hospitales tienen el 90.5 % de los activos. Los resultados financieros muestran activos por doce billones, pasivos por 3.3 billones y un patrimonio de 8.7 billones. Los hospitales solo concentran el 16.6 % de las IPS en el país, pero explican el 90.5 % de los activos. A diferencia de los prestadores de atención ambulatoria, que tienen una participación del 66.1 %, pero solo tienen el 9.3 % de los activos totales. Las demás categorías tienen una participación inferior al 1 % en los activos. (Prada, 2017).

Según Núñez y colaboradores, (2012) se ha encontrado la percepción de que las IPS de índole privada responden mejor a las condiciones contractuales y a las exigencias demandadas por la población, razón por la cual las EPS las prefieren para su contratación de servicios. Esta dinámica explica que los hospitales públicos enfrenten disminuciones en su capacidad de autofinanciación, lo que les dificulta mejorar su habilidad para competir en el mercado.

Sarmiento et al. (2005) encontraron como conclusión general para los hospitales públicos que, desde hace más de una década, la dotación humana y física era deficitaria en todos los niveles y todos los grupos de municipios. Este déficit de recursos en el primer nivel ocasiona un represamiento en la atención del segundo nivel, lo que deteriora la eficiencia del sistema y la salud de la población. Adicionalmente, se encuentra que los municipios de baja actividad económica carecen de una oferta suficiente de centros de salud, lo que constituía una presión adicional para los hospitales de segundo nivel.

En este sentido, es importante el fortalecimiento del primer nivel de atención, especialmente en actividades de promoción y prevención, tales como controles prenatales, crecimiento y desarrollo y vacunación. No fortalecer con un adecuado presupuesto implica un aumento en la demanda de atención en los mayores niveles de complejidad y, por ende, el incremento de la demanda de atención de alto costo en los hospitales. No sobra volver a recordar que los hospitales de primer nivel son piedra angular en el sistema, y los problemas financieros de sostenibilidad nacen en la proporción de distribución del presupuesto destinado a este nivel.

La Superintendencia Nacional de Salud registra que para el año 2009, 881 IPS de las 988 que reportaron información tenían mayores gastos que los ingresos, y de estos los gastos de personal representan el mayor porcentaje sobre el total, con un 59%.

El estudio de sostenibilidad financiera del sistema, de FEDESARROLLO del año 2012, muestra que las EPS son las instituciones menos rentables dentro del sector salud, mientras que las instituciones enfocadas en cardiología, oncología y ayudas diagnósticas parecen ser las más rentables, aunque la oferta de estas clínicas especializadas es muy escasa en el país. El cálculo para las EPS del país muestra que son las entidades con menor rentabilidad en el sector de la salud en Colombia. Al respecto, se demuestra que en promedio la rentabilidad operativa de las EPS en el país es de 1%, lo cual es bastante menor a la rentabilidad de cualquiera de los demás grupos de entidades del sector. Se evidencia que hay algunas que presentan rentabilidades negativas.

4.4 Los Fondos de Protección Social

Como vimos son mayores los problemas financieros de las aseguradoras que los de la oferta, lo que lleva a cuestionarnos acerca de las causas que más han impactado negativamente sobre la sostenibilidad financiera de las EPS. Esto a pesar de los problemas financieros que puedan derivarse del manejo de costos para las IPS. En este sentido, tenemos que centrarnos en el punto donde confluyen los recursos y la distribución de estos. Por eso, tomaremos como eje de análisis el fondo que recolecta y distribuye los recursos del sistema, el ADRES.

Las fuentes principales del fondo son los recaudos de cotizaciones de los afiliados al RC, los recursos de la nación y los rendimientos financieros de las subcuentas, para distribuir las UPC contributivas a las EPS en las que el proceso de compensación fue deficitario, y las UPC subsidiadas para las EPS- S. Este fondo es el receptor de las contribuciones por impuesto a la nómina, que tiene por objeto principal garantizar la financiación de la atención para los afiliados de las EPS del RC, pero además contribuye con la solidaridad al régimen subsidiado y administra la cuenta de enfermedades catastróficas y la de gastos de promoción de la salud. Las EPS intermedian en el recobro de los recursos de la salud al fondo.

En el régimen contributivo las EPS recaudan las cotizaciones y deducen las UPC que les corresponden, descuentan además el porcentaje de cotización por licencias de maternidad e incapacidades, los programas de promoción y prevención, y posteriormente giran los excedentes al Fondo (ADRES o antiguo FOSYGA) mediante el proceso de compensación. En el régimen subsidiado las EPS-S reciben del Fondo las UPC que les corresponden por la afiliación de la población subsidiada.

El informe de Fedesarrollo (2012) afirma que los ingresos del FOSYGA habían crecido a una tasa anual promedio de 14,9% en términos reales, lo que hizo que el fondo presentara cifras superavitarias hasta 2008, a partir del cual los recobros de gasto No POS afectaron la subcuenta de compensación, con un aumento sostenido del gasto en salud. Este incremento se explica no tanto por el esfuerzo para alcanzar la universalización del servicio, sino por el notable aumento de los recobros al FOSYGA por amparos No POS determinados a través de los CTC y tutelas, como ya se explicó.

Un aspecto positivo de la reforma de la Ley 100 es que permitió la caída del gasto de bolsillo reemplazado por los recursos públicos del presupuesto nacional y de las cotizaciones de los trabajadores y hoy es de los más bajos a nivel mundial (Glassman A. et al, 2009). Antes de entrada en vigor de la Ley 100 de 1993, el 44% del gasto total en salud era gasto de bolsillo de los usuarios según cifras del Ministerio de Salud. Este gasto de bolsillo estaba conformado por el pago particular a los médicos y a las clínicas privadas, con una cobertura solo del 17% de la población. Después de 1997 se disminuyó el gasto de bolsillo para pólizas de salud, planes complementarios y/o planes de medicina prepagada adicional a la cobertura de POS, reemplazado por fuentes del impuesto a la nómina para salud y por el gasto público para el subsidio a la demanda. Para el 2007 fue de menos del 15% del total, uno de los más bajos en la región. Hoy en Colombia el gasto de salud privado es muy escaso, siendo este porcentaje un buen indicador de progresividad del sistema y en él ocupamos el primer lugar en el Latinoamérica. (Consejo Privado de Competitividad, 2017).

Los departamentos y municipios también canalizan recursos propios y transferencias del gobierno nacional para financiar la salud por subsidio a la demanda, a través de fuentes de ingreso como las rentas cedidas, las transferencias del Sistema General de Participaciones- (SGP) para la salud, y las regalías directas de las entidades territoriales. Los recursos de las entidades territoriales como las regalías, los recursos propios y el endeudamiento, sin el SGP son un poco menores del 10% de la financiación. El ADRES, como los entes territoriales, también deben asignar los recursos para financiar el gasto de la salud de la población no asegurada (denominados paradójicamente “vinculados”).

El Gobierno redefinió las competencias tanto para la nación como para las entidades del orden territorial a través de la Ley 715 de 2001. Igualmente, la Ley 1122 de 2007, determinó las fuentes de financiación para las entidades territoriales, de los recursos del Sistema General de Participaciones, salud, los provenientes de ETESA, las rentas cedidas destinadas a funcionamiento, las rentas de destinación específica resultantes del esfuerzo propio territorial, así como también los recursos procedentes del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y de las cajas de compensación familiar estableciendo que los departamentos tendrán la función de intermediación entre estos y la nación con el objetivo de lograr la

cobertura universal en salud. Durante el periodo 2002-2013 las transferencias registraron un crecimiento de 7,6 % promedio anual, pero las transferencias provenientes del SGP destinadas al sector salud, se concentraron en el aseguramiento de la población al régimen subsidiado, con la consecuente reducción gradual de los recursos que financian la prestación del servicio. (Santos, García & Chicaiza, 2016).

La Ley 100 de 1.993 creó el Fondo de Solidaridad y Garantía con el principal propósito de garantizar la compensación entre las personas de diferentes ingresos y riesgos, la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud y cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito. Era un Fondo sin personería jurídica, manejado por una fiducia y regulado por el Ministerio de Salud, hasta que el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 del Ministerio de Salud y el Decreto 1429 de 2016 crearon el ADRES como entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social con personería jurídica encargada de administrar los recursos que hacen parte del FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financian el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del RC, y los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP). A partir de septiembre de 2016 se suprime el FOSYGA y los recursos de sus subcuentas se programan en una bolsa única en el Ministerio de Salud y Protección Social.

El Artículo 219 de la ley 100 definió la estructura del FOSYGA y los ingresos a las distintas subcuentas establecidas por el artículo 2 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996, a través de cuatro subcuentas: de compensación interna del RC, de solidaridad del régimen de subsidios en salud, de promoción de la salud, y del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT). Posteriormente, mediante el artículo 41 del Decreto Ley 4107 de 2011, se creó la quinta subcuenta denominada Garantías para la Salud, con el objeto de procurar que las instituciones del sector salud tengan medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud. (Tabla 4-1).

Tabla 4-1: Fuentes y usos de las subcuentas del FOSYGA.

Subcuenta	Fuentes	Destino
1. Compensación Interna del Régimen Contributivo	<ul style="list-style-type: none"> -Recaudo de cotizaciones. -Transferencias de la Subcuenta de Solidaridad -Rendimientos financieros de las Subcuenta de compensación y otras. -Intereses de mora por pago de cotizaciones extemporáneas. -Aportes de los afiliados a los regímenes de excepción. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pago de las UPC. -5% del superávit para reserva en el patrimonio de la Subcuenta. -UPC del régimen especial de las madres comunitarias. -Pago de recobros por prestaciones no incluidas en el POS.
2. Solidaridad del régimen de subsidios en salud	<ul style="list-style-type: none"> -Hasta el 1,5% de la cotización del Régimen Contributivo, especiales y excepción. -1% cotización de los pensionados. -\$287 mil millones más 1% adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007. -Monto de las Cajas de Compensación. -Rendimientos financieros subcuenta solidaridad. -Impuesto Social a las Armas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Renovación del Régimen Subsidiado. -Subsidio a la Demanda - Régimen Subsidiado - Fondos Especiales. -Déficit Cajas de Compensación. -Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación contra las Mujeres. -Apoyo Otros Eventos y Fallos de Tutela. -Trauma Mayor por Violencia.
3. Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> -Porcentaje de la cotización no mayor a 1%. -Recursos del Ministerio. -Rendimientos financieros de la subcuenta Promoción. -El impuesto a las municiones y explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pago de actividades de P y P que realizan las EPS. -Prevención de la Violencia y Promoción de la Convivencia Pacífica. -Apropiación directa efectúan las EPS de la UPC para actividades de P y P. -Prevención y Sanción de Formas de Violencia y Discriminación Contra las Mujeres. -Régimen Especial Madres Comunitarias y su Núcleo Familiar.
4. Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT)	<ul style="list-style-type: none"> -Transferencias efectuadas por las entidades aseguradoras autorizadas para expedir el SOAT: -Diferencia entre el 20% del valor de las primas emitidas en el bimestre inmediatamente anterior y 800 SMDLV. -50% del valor de la prima anual establecida para el SOAT. -Los rendimientos de sus inversiones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Pago de los servicios de salud, indemnizaciones y gastos médicos de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT, de eventos catastróficos de origen natural, de eventos terroristas. -Gastos derivados de la atención brindada por el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas. -Provisión para mayores gastos y programas de prevención de AT.
5. Garantías para la Salud	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos del Presupuesto General de la Nación. -Aportes de los aseguradores con cargo al porcentaje de administración. -Recursos de la cotización del Régimen Contributivo de Salud no compensados por los aseguradores en salud dentro del año siguiente al recaudo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Las instituciones del sector salud sin medios para otorgar la liquidez necesaria para dar continuidad a la prestación de servicios de salud. -Fortalecimiento patrimonial de aseguradores y prestadores de servicios de salud y de garantía para el acceso a crédito. -Participar transitoriamente en el capital de los aseguradores y prestadores. -Apoyar financieramente los procesos de intervención, liquidación y reorganización de aseguradores y prestadores de servicios de salud. -Compra de cartera reconocida de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con EPS.

NOTA: Todas las subcuentas pagan los gastos para la administración de los recursos del FOSYGA que constan de apoyo técnico, auditoría y remuneración fiduciaria, con la transferencia presupuestal a la respectiva Subcuenta.

El FOSYGA para poder administrar los recursos mantenía una base de datos única de afiliados con dos fines: primero, controlar que una persona no apareciera en dos entidades (multi-afiliación); y, segundo, liquidar los pagos per cápita que el sistema hace a las EPS. Algunas EPS e IPS han llegado a falsificar documentos o precios, por lo que las auditorías demoran los procesos de pagos (Guerrero y Prada, 2012). Esta base de datos pasa a ser del ADRES.

Una de las motivaciones de la administración del Fondo es que los recursos financieros del sistema deben alcanzar para todos los colombianos de manera equitativa. Sin embargo, la equidad no se ha alcanzado, entre otras, debido a que la Resolución 2933 de 2006 reglamentó los Comités Técnico-Científicos y estableció el procedimiento de recobro ante el FOSYGA por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, y de fallos de tutela, determinando las funciones, criterios de autorización, procedimiento y excepciones, permitiendo el recobro de atenciones que no están dentro del Plan Obligatorio de Salud, a través de las tutelas. Posteriormente, se reforzó la medida a través de la Sentencia C-463 de 2008, que obligó al FOSYGA a reconocer la totalidad de los cobros derivados de eventos No POS del régimen contributivo, siempre y cuando estos hubiesen sido aprobados por el denominado Comité Técnico Científico. Aunque esta resolución se derogó por actualizaciones en los años 2008, 2010, y en el 2015 por la propia Ley Estatutaria, este hecho ha vuelto regresivo el sistema y genera un gasto sin control que beneficia a unos pocos. (Guerrero, 2012). El Plan obligatorio, ahora *Plan no excluyente*, se sigue extendiendo por la jurisprudencia que aplica para las tutelas, a pesar de que ya no existen los Comités Técnico-Científicos.

La financiación del Estado no es ilimitada y el sistema de salud se financia con el gasto público (García & Chicaiza, 2010), así los gastos por encima del mínimo esencial profundizan el déficit fiscal que los contribuyentes deben pagar y hacen el sistema insostenible.

El Plan obligatorio se extendió por las tutelas, y aunque fue abolido por el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, se sigue estimulando el uso de tutelas para solicitar lo que esté excluido, en virtud del derecho a la salud. En la motivación de la reforma establecida por la Ley 100 se contempló la compensación, en virtud de la equidad, la eficiencia y la prestación universal de los servicios dentro del Plan Obligatorio de Salud, pero los cálculos no estimaron los gastos a través de los recobros no POS. Algunas veces se niega el pago posterior a la prestación del servicio lo que genera más pérdidas e iliquidez para la oferta, hoy calculada cercana a los 6 billones en el RC. Los hospitales y demás prestadores asumen el riesgo y para mitigarlo generan contratos por el total de la población beneficiaria (capitación) y no por eventos cubiertos, como sería más eficiente (Guerrero, 2013).

Hay una clara falla en el límite del derecho a la salud, que se establece por los recobros a través de las tutelas y que lleva a la actual situación estructural de insostenibilidad financiera. La Corte Constitucional, en su Sentencia 760 de diciembre de 2008, le exige al Gobierno que los ciudadanos no pueden tener planes de diferentes categorías y a partir de ese momento se dispara el gasto No POS.

El POS se unificó mediante el Acuerdo de la Comisión de Regulación en Salud Número 032 del 17 mayo 2012, por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho a cincuenta y nueve años. Además, el artículo 34 de la Ley 1393 de 2010 estableció que la cobertura universal y la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Subsidiado y Contributivo deberían lograrse a más tardar el 31 de diciembre de 2015. A partir del 2017 se abolió el POS, de modo que todo lo que ordenen los médicos esté incluido, salvo exclusiones particulares como los procedimientos cosméticos, medicamentos sin evidencia científica y servicios o tecnologías en el exterior. Sin embargo, así se cuente con un plan unificado, la prestación de servicios vía tutela por el derecho fundamental a la salud y la vida, y el recobro de éstos al FOSYGA hizo desmedido e ineficiente el sistema.

La unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) genera mayores recobros al SGSSS, a pesar de establecer valores máximos de recobros y las circulares de Comisión de Precios de Medicamentos para evitar los cobros excesivos al FOSYGA. (Consejo Privado de

Competitividad, 2015). En 2013, este comportamiento fue atípico, debido a que se tomaron algunas medidas para viabilizar el pago de estos recobros, especialmente por glosas de extemporaneidad, generando un efecto combinado de pago de vigencias anteriores y pagos corrientes del año (Minhacienda, 2014).

Según los datos que viene consolidando la Defensoría del Pueblo, resulta preocupante que desde el 2010, cuando se presentaron 94.502 acciones de tutelas en salud y, en tan solo 3 años, el número de acciones que reclaman derechos relacionados con los servicios de salud en Colombia se incrementó en un 25,2%. El tipo de peticiones que hacen los ciudadanos a través de la tutela, de acuerdo con el mismo informe fueron: tratamientos (26 por ciento), medicamentos (15 por ciento), citas médicas (11 por ciento), cirugías (9 por ciento) y prótesis e insumos médicos (9 por ciento) (Defensoría del Pueblo, 2013).

Otro informe reciente preliminar del mismo ente advierte que 118.281 tutelas de salud se registraron en 2014, correspondientes al 23,7% del total de tutelas en Colombia, con un incremento del 2,7%, frente al 2013 y 70% de ellas relacionadas con el POS. (Defensoría del Pueblo, 2015).

La falta de regulación de precios incentiva a las IPS para el uso de los medicamentos no POS porque el ADRES o los departamentos terminarán asumiendo estas prestaciones haciendo al sistema insostenible. El modelo de tercer pagador (Estado) incentiva el mayor uso de servicios no amparados en los planes de beneficio. También, las prestaciones, medicamentos y servicios No POS, aumentaron vertiginosamente a partir de la sentencia T-760 de la Corte Constitucional, por el uso desmedido de los Comités Técnicos Científicos (CTC), ahora reemplazados desde el 2016 por el reporte de prescripción de servicios o tecnologías no POS denominado MIPRES y las Juntas de Profesionales de la salud, pero con un futuro de aplicación incierto por el seguimiento que implica para los médicos, lo que hace que su efecto sea contrario, y pueda aumentar el número de tutelas.

Desde inicios de la reforma del 1993, el gasto NO POS se cobró mediante las tutelas, pero posterior al año 2008, los CTC reemplazaron a las tutelas como el factor principal en el aumento de este gasto, autorizando además de los medicamentos, cirugías y terapias entre otros procedimientos. En este sentido, la Corte Constitucional legisla inclusive los trámites

administrativos del recobro de las prestaciones. La distribución de los beneficios por concepto de tutelas es inequitativa, o sea que las EPS que más recobran vía tutelas tienen un valor de inversión por cada afiliado cuatro veces superior al promedio, por ejemplo, Colsánitas. (Núñez *et al.*, 2012).

4.5 Solidaridad

En el año 2011 la OMS califica al sistema colombiano como el número uno en solidaridad y el 22 en desempeño. Dicha puntuación se otorga mediante la evaluación de los siguientes indicadores: nivel global de salud de la población nacional nivel de desigualdad entre sectores, y capacidad de respuesta y satisfacción de los diferentes sectores atendidos por el sistema, entre otros.

El estudio de *las reformas de salud en América Latina y el Caribe* (2005), describe seis mecanismos de solidaridad en Colombia. (a) En el régimen contributivo los afiliados pagan una cotización porcentual igual, aunque el monto varía de acuerdo con el salario o ingreso, pero es independiente del riesgo y se traspaşa hasta el 1, 5% de la cotización en solidaridad para el régimen subsidiado; (b) dentro de este régimen se garantiza un plan mínimo obligatorio de salud (POS) igual para todos y que debe ser ofrecido por las aseguradoras a todos sus afiliados; éstas aseguradoras (EPS) reciben una unidad de pago por capitación (UPC) la cual varía por edad, género y localidad; (c) el régimen subsidiado cubre a los grupos pobres o de bajo ingreso que no tienen capacidad contributiva, provee un plan mínimo obligatorio de salud (POSS) y se financia con el 1,5% de solidaridad y aportes fiscales; (d) el Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA, (recientemente denominado como ADRES) tenía varias cuentas (Prevención y Promoción, Solidaridad, Compensación, y Riesgos Catastróficos), pero actualmente opera como una sola bolsa recibe recursos y distribuye estos en base a los principios de solidaridad y equidad; (e) las aseguradoras del régimen contributivo cuyo costo del POS sea menor que el monto recibido por UPC deben transferir el excedente a la cuenta de compensación del ADRES, mientras que las aseguradoras cuyo POS sea mayor que la UPC, deben recibir transferencias de dicha cuenta para cubrir el

déficit, y (f) el ADRES financia la prevención y promoción de la salud, así como los riesgos catastróficos para toda la población.

Hay mecanismos aún que afectan adversamente a la solidaridad: los regímenes especiales mantenidos después de la reforma tienen prestaciones excepcionales y no aportan al sistema general contribuyendo al desbalance financiero (Mesa-Lago, 2005).

Para la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 477 de 2011 del Ministerio de Salud especificaron la reducción de la solidaridad de 0,17% hasta 1,5% del Ingreso Base de Cotización, pero con la misma ley destinaron mayores recursos del Sistema General de Participaciones-SGP de salud a los subsidios a la demanda. Lo anterior finalmente se tradujo en una disminución para la subcuenta de solidaridad y considerando que una cuarta parte de los ingresos del régimen subsidiado provienen de esta cuenta, la iliquidez empieza a ser significativa.

Para la subcuenta de solidaridad que tenía el FOSYGA se había establecido que se destinarían 1,5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta 1,5 puntos de la cotización de los afiliados al régimen contributivo. Pero, a partir del 1 de marzo de 2011 y por un plazo de un año, la Ley 1438 de 2011 y la Resolución 477 de 2011 del Ministerio de Salud especifican la reducción de la solidaridad de 0,17% hasta 1,5% del IBC. Esta disminución representó cerca de \$1,5 billones en el 2011 para la subcuenta de solidaridad. Consecuentemente, el aumento del ingreso del contributivo, por menores transferencias al subsidiado, fue de 1,4 billones de pesos en 2012 y de 1,76 billones en 2015, lo cual representa alrededor de 10,5% de los ingresos de cada año. Sin embargo, el gran impacto de la Resolución 477 y de la Ley 1438 de 2011 se verá sobre el régimen subsidiado, ya que sus ingresos caen 23% en 2012 con respecto a un escenario sin reformas, porcentaje que disminuyó para llegar a 12% en 2015. La cuarta parte de los ingresos del subsidiado que provenía de la solidaridad se vería compensada parcialmente en tres cuartas partes por la transformación de los recursos del SGP a subsidios a la demanda para 2015, pero finalmente se destinó el 80% de los recursos de salud del SGP a subsidios a la demanda. El Ministerio posee la facultad de modificar la tasa de solidaridad hasta un tope de 1,5% del IBC, y puede transferir recursos entre los dos regímenes.

4.6 Unidad de Pago por Capitación- UPC.

Para su funcionamiento, las EPS reciben una cuota fija mensual por cada miembro del grupo familiar del cotizante, la cual constituye una prima de seguro (UPC), que depende de los diferentes grupos etarios y de características adicionales como la ubicación y la dispersión geográfica. Este valor diferenciado busca cubrir los costos adicionales de acuerdo con las vulnerabilidades y los riesgos de cada grupo.

La afiliación obligatoria, el Plan Obligatorio de Salud y la Unidad de Pago por Capitación son las instituciones del sistema de salud que establecen la relación con el mercado y permiten la participación de sistemas públicos de seguros y agentes privados entre las entidades promotoras de salud, los hospitales públicos y las clínicas privadas, configurando los precios y sus respectivos contratos. Esta relación de cuasimercados parte de reconocer las fallas de la organización pública y las imperfecciones del mercado de la salud como la selección adversa, el riesgo moral y la selección de riesgos, cuando la asignación de recursos no siempre garantiza la optimización, ni la eficiencia (Ramírez, 2010).

La actualización de la unidad de pago por capitación es un monto fijo mensual por cada miembro del grupo familiar del cotizante que reciben anualmente las EPS; es un promedio de valores diferenciales basados en la edad y el territorio. Para las grandes ciudades es superior al promedio, así como en territorios donde la población es más dispersa porque el costo es mayor. Teniendo en cuenta el aumento de las frecuencias de uso y de los dispositivos de insumos y medicamentos, donde se analizaron 500 millones de registros, la UPC se aumentó en promedio 9,45%, quedando el valor para el año 2016 en \$689.508 pesos para ciudades intermedias, para zonas dispersas es de \$758.000 y ciudades \$757.000 en el régimen contributivo. En el régimen subsidiado quedo para zonas normales \$617.000, zonas dispersas \$688.000 y ciudades \$709.000 por persona año.

Para su funcionamiento los resultados de superávit se consignan a las subcuentas de compensación, solidaridad y garantías de la salud del FOSYGA, y las EPS con déficit reciben los recursos de la cuenta de compensación. En 2017 la UPC aumentó 8,20% para el régimen

contributivo, lo que corresponde a \$746.046 pesos; y para el régimen subsidiado quedó en \$667.429 pesos. En el 2018 se incrementó el 7,83% para el régimen contributivo estableciendo la prima base en \$804.463,20, y para el subsidiado pasó a \$719.690,40. Existen 154 UPC o primas de aseguramiento colectivo. Estas primas tienen valores diferenciales por zona geográfica, y grupos de edad y sexo. Así, se reconocen primas con mayor valor para los menores de un año, los mayores de 70 años y más, al igual en mujeres entre 19 y 44 años, por el mayor riesgo para estas poblaciones. Adicionalmente se cuenta con una prima adicional en el régimen subsidiado para las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla, como prueba piloto para probar el comportamiento de la igualdad en la unidad de pago por capitación del régimen subsidiado al contributivo en \$864.568,80. (Consultor salud, 2017).

Aunque algunos estudios demostraron que la brecha entre los dos regímenes había aumentado con el tiempo hasta el 2012, hoy se han hecho esfuerzos por unificar los recursos per cápita que se reconocen en ambos regímenes, y aún la causa de la brecha que se mantiene es la reducción del esfuerzo fiscal del Gobierno para el financiamiento de la salud de la población pobre. (Martínez, et al, 2012).

La decisión económica más referida del sector es la UPC, y debido a que la distribución de los afiliados en los dos regímenes depende del comportamiento del empleo formal, se tendrá una desaceleración que afecta la fuente de ingresos. Hay un crecimiento en el número de personas afiliadas al régimen subsidiado en relación con el número de los afiliados al contributivo, lo que significa la necesidad de más recursos y de la inflación que encarece los insumos y los medicamentos. Este aumento contrarresta el crecimiento relativo del subsidiado. La UPC es un cálculo actuarial basado en frecuencias y precios. Por norma, las dos UPC deberían gradualmente acercarse hasta que se igualen. Las fuentes del aumento de la UPC son el Fondo Nacional de Pensiones-FONPEP, desahorros de fondos de pensiones territoriales, recursos de aportes patronales, recursos de la liquidación de la Caja Nacional de Previsión-CAJANAL, y los mayores aportes del gobierno por patrimonio autónomo. Las principales fuentes de ingresos del sector vienen de contribuciones, sistema general de participaciones, rentas cedidas a los departamentos, y algunos impuestos específicos de la ley 1393 de 2010.

4.7 Medicamentos

La ley 1438 de 2011 obliga a la actualización del POS, y en el año 2016 se implementó la unificación de los POS subsidiado y contributivo, siendo reemplazado por el plan *no excluyente* contenido en la ley estatutaria.

En la actualidad se incluyen 11 pruebas diagnósticas para las enfermedades huérfanas, la leche maternizada para niños de madres con VIH sida, que se cubre por 12 meses, y todas las concentraciones de inyectables que eran cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud. Hoy en día el 85% de los procedimientos hacen parte del POS, y el 50% de los medicamentos.

Como lo demostramos al revisar las fallas del mercado de la salud, las ineficiencias del sistema tienen una poderosa incidencia en los precios de los medicamentos y la comparación de precios entre países resulta inadecuada por las diferentes condiciones de mercado. En Colombia, en el año 2011, solo se invirtieron en salud US\$ 432 per cápita/año, pero aun siendo poco se logró extender la cobertura.

En el Sistema de Salud colombiano es común que la cartera esté por encima de los 100 días, según la Asociación de Hospitales y Clínicas. No hay un sector de la economía con el tamaño y retraso de las carteras de salud. Según ACEMI, el Fondo no paga importantes deudas a las EPS; la corrupción en los municipios se suma al “carrusel de la salud”.³ Las EPS estiran hasta donde pueden sus pagos a hospitales y terceros y estos no pueden pagar a tiempo a sus proveedores. Los agentes compran y venden en un entorno de desconfianza, lo que determina elevados costos financieros. Así mismo, hay que tener presente que en varios países los

³ El desfaldo en Colombia ascendía a cerca de 30 mil millones de pesos, pero luego se explicó a la opinión pública que esta cifra era la punta del *iceberg* de varios billones de pesos que se perdieron por corrupción. Esta perversa actuación es descrita, desde el punto de vista económico, como “maximización de la utilidad”, bajo una perspectiva “eficiente” en condiciones de ineficiencia estatal, o como parte de los gastos de inversión que se requieren cuando se planifica estratégicamente, en el microcosteo en el sector público o en el privado. Sin embargo, un índice de corrupción no es reflejo real de la cantidad de transacciones corruptas o de la cantidad de dinero involucrada debido a que no hay un registro de estas, y tratan de ser secretas. Para el año 2011, el índice de percepción de corrupción de Transparencia Internacional ubica a Colombia en el puesto 80 entre 183 países evaluados. En el sistema de salud la corrupción se describe como comportamientos asociados a los profesionales de la salud que reciben pagos extra por parte de los pacientes, en la industria farmacéutica, en el gobierno, y en los hospitales, pero también se deduce cuando los resultados en salud no han sido los esperados en acceso y calidad porque los recursos no han llegado a los usuarios y actores del sistema. Este fenómeno ha sido causa de muertes maternas, muertes infantiles y muertes por enfermedades crónicas que habrían podido ser evitadas, si se hubieran hecho las inversiones indicadas con los recursos disponibles (sic). (Manrique & Eslava, 2011).

costos de distribución y logística son subsidiados por los gobiernos, como son los casos de Francia, España o Brasil.

El control de precios de medicamentos se fija en el nivel de venta del distribuidor. Eso significa que, del distribuidor en adelante, operadores, hospitales y demás prestarán sus servicios farmacéuticos a todo costo y con cero retornos. La preocupación de distribuidores, hospitales, EPS e industria es justificada: no se puede desaparecer la función de la cadena y de los hospitales por decreto y sin que nadie se haga cargo del papel de la distribución.

De acuerdo con Salazar (2011), 38 medicamentos explicaron el 80% del total de los recobros en una muestra de 105 medicamentos en solo 13 EPS. El gasto en medicamentos se concentra en los de alto costo, con un alto impacto financiero y destinado a pocos afiliados, lo que genera una distribución inequitativa del gasto, lo que nos lleva a interrogar la perspectiva de eficiencia o equidad de la medida, porque la mayoría se invierte en población mayor no productiva.

Según Núñez y colaboradores, (2012) hay una gran cantidad de información de los precios de todos los medicamentos directamente en la web, pero en la mayoría de los casos el INVIMA favorece a los laboratorios de marca, lo que prácticamente cierra la posibilidad de importar o producir en el país estos medicamentos, dejando claro que en los países donde se ha permitido una mayor competencia, los precios de los medicamentos han disminuido sensiblemente, con un impacto positivo sobre las finanzas de la salud. Colombia recientemente ha logrado la regulación de precios para algunos medicamentos de alto costo, usados en el tratamiento del cáncer especialmente, con resultado favorable para los usuarios, pero con el rechazo de las empresas farmacéuticas multinacionales, lo que ha puesto en peligro el ingreso del país a la OCDE.

El Reino Unido cuenta, desde 1957, con un mecanismo de convenio con las farmacéuticas que regulan los precios de medicamentos de marca. El retorno de las farmacéuticas no puede exceder entre el 17 y 21 por ciento: si una firma llega a sobrepasar este rango puede ser obligada a devolver el dinero al Servicio Nacional de Salud-NHS. Además, ese país regula la publicidad en ventas de los medicamentos, la cual no puede ser mayor al 9 por ciento de las ventas.

En Suecia también hay regulación del precio de los medicamentos debido a que el Estado es propietario de la mayor red de farmacias hasta el 2009. La agencia estatal de medicamentos negocia el precio con los grandes laboratorios farmacéuticos y subsidia a los pacientes bajo una política de austeridad, con substitutos genéricos de menor costo y promoviendo una mayor competencia.

En el marco de un convenio con la Universidad Nacional de Colombia, el Ministerio de Salud y PROESA, se trabaja en la evaluación cuantitativa del efecto de las intervenciones de precios de medicamentos. Esta política ha sido adelantada por el Ministerio de Salud y Protección Social en cumplimiento de la Política Farmacéutica Nacional establecida en el documento CONPES 155 de 2012. Los laboratorios reportaron una caída acumulada de 53.4% en el nivel de precios en diciembre de 2015.

4.8 Presupuesto en Salud (Gasto Público en Salud)

Con la privatización de la seguridad social se tenía previsto que el costo fiscal disminuiría, pero vemos que se ha aumentado y dada la naturaleza del sistema financiero, los recursos se “invierten” a la especulación, convirtiendo la seguridad social en un activo financiero manejado por el sistema financiero privado (Financiarización). En este sentido, los desajustes fiscales son originados por las cargas financieras que se le imponen al presupuesto nacional y el resultado es un gasto público con límites. Esto ha originado un presupuesto anual muy ajustado para las necesidades en salud. (Giraldo, 2005). En este punto, se resaltan los aspectos institucionales que han acompañado el proceso de inequidad del sistema de salud, refiriéndose a cómo los marcos normativos y las decisiones políticas han llevado a la situación contraria por la que se creó la reforma de salud del año 1993, generando una mayor inequidad en el acceso a la salud, en medio de una más amplia cobertura. (Bula, 2012)

El Presupuesto Nacional para salud se distribuye a través de los Ministerios de Salud y Protección Social, Educación y Defensa. El Ministerio de Salud administra los recursos del Sistema General de Participaciones para salud; recursos para la ampliación del POS subsidiado para menores de 12 años a nivel nacional; la ampliación de la renovación del régimen subsidiado en la subcuenta de solidaridad del FOSYGA; las transferencias a los

departamentos, municipios y el Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales-FONPET; los provenientes de juegos de suerte y azar (Ley 643 de 2001 y ley 1393 de 2010); el programa ampliado de inmunizaciones (PAI); la implantación de proyectos para la atención prioritaria en salud nacional y la protección de la salud pública nacional. El Ministerio financia también con estos recursos una red de institutos que realizan actividades de vigilancia y control, o prestan servicios especializados en el sector salud (Instituto Nacional de Salud, el INCI y el Cancerológico).

El Ministerio de Educación tiene a su cargo las cuentas de salud que están dirigidas al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, que se dividen entre los aportes patronales de la Nación, los aportes de los afiliados, los aportes de los afiliados provenientes del SGP y otros. Finalmente, el Ministerio de Defensa Nacional maneja los recursos que van al Sistema de Salud de las Fuerzas Públicas y de la Policía Nacional (SSMP) y las transferencias al Hospital Militar.

Existen diversos elementos en el modelo de financiación colombiano del sistema de salud que influyen en la equidad vertical en la financiación. Según la Organización Mundial de la Salud en Colombia el gasto público en salud fue financiado con impuestos en 62,5% del total y el 37,5% restante con las cotizaciones del régimen contributivo (WHO, 2000). Del total de impuestos, los indirectos representaron, en 1995, el 50,3% de los ingresos corrientes, mientras que los directos fueron tan sólo el 35,5%. Colombia posee un IVA redistributivo: por cada 1% del PIB en ingresos adicionales se reduce la desigualdad en el ingreso, medida con el índice de Gini, en más de los 0,4 puntos porcentuales, debido a la exención de los principales artículos de la canasta de consumo básico. No obstante, según un análisis hecho por el BID para Latinoamérica, se concluye que el potencial redistributivo de los impuestos indirectos siempre es inferior al del impuesto sobre la renta (BID, 1998).

Para el año 2016, el presupuesto General de la Nación (PGN) fue de 215, 9 billones de pesos colombianos, de los cuales se destinaron 91, 024 billones en transferencias de ley. Este último rubro se divide en transferencias para inversión y otras transferencias. Las de inversión se componen de cuatro rubros los cuales son: a) salud, educación, agua y propósito general, los cuales obtuvieron 33,26 billones (La Ley 1176 de 2007 definió la participación del presupuesto en agua potable y saneamiento básico en 5,4 % del SGP) b) Salud Régimen Contributivo que obtuvo 7,01 billones, c) Víctimas, Población Vulnerable y Grupos Étnicos

con 1,72 billones y finalmente d) inversiones en otros sectores, al que se le asignaron 1,31 billones.

En el año 2016, para Salud y Protección Social se invirtieron 20,87 billones, con una participación relativa del 12,5% sobre el PGN sin deuda. A inicios del 2000 el gasto en salud representaba el 12 por ciento de los ingresos corrientes del Estado. Ocho años después bajó al 9 por ciento (Martínez, 2009).

Del total de los 20,9 billones, que incluyeron los recursos del Impuesto sobre la Renta para la Equidad-(CREE) para el sector salud y la protección social, se destinan 7,6 billones del SGP, 7 billones de sostenibilidad del régimen contributivo, 4 billones para sostenibilidad del régimen subsidiado, 157 mil millones para vacunas y otros gastos de salud 2,15 billones.

Los 7 billones para la sostenibilidad del régimen contributivo se distribuyen para la cobertura de los 21.713.571 de afiliados al Régimen Contributivo. Con estos recursos se financian los aportes a salud de los empleados con remuneraciones menores a 10 SMMLV del sector privado, sustituyendo los aportes que eran pagados por empleadores reemplazados por el CREE. De los 4 billones para la sostenibilidad de cobertura a 23.322.405 de afiliados Régimen Subsidiado, que corresponden aproximadamente el 48% de la población del país, según reporte del Ministerio de Hacienda. Sin embargo, la reforma tributaria aprobada por la Ley 1819 de 2016 elimina el CREE y establece que el Presupuesto General de la Nación debe aportar los recursos, pero no establece el monto mínimo, lo que deja esta decisión anual en el Ministerio de Hacienda.

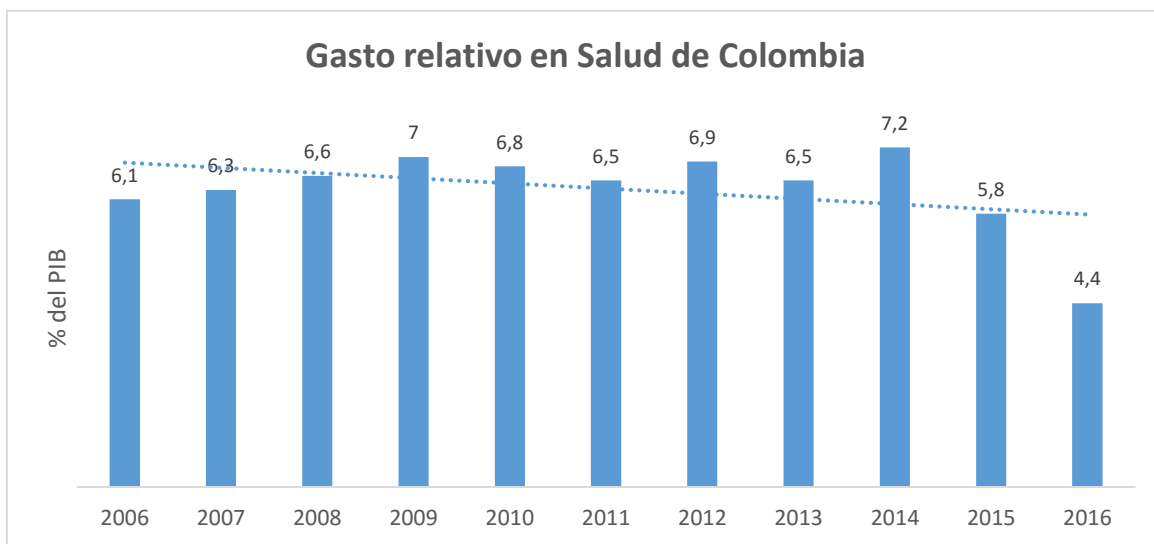
En el 2018 se dispone para aseguramiento en salud de 20,9 billones para aseguramiento de 22.726.821 afiliados al RS y 22.233.178 al RC. De este presupuesto 8,6 billones provienen del SGP y de estos 6,9 billones tienen destinación específica para atender los subsidios a la demanda de salud y 1,7 para entes territoriales, y financiación de subsidio a la oferta.

El PIB en Colombia cerró para el 2016 en 540 billones de pesos, lo que significa un gasto público en salud para el mismo año correspondiente al 4,4 % del PIB. El gasto público en salud para el 2017 se aprobó por 21,4 billones; para el 2018 se asignaron en total 24,1 billones. Se espera un aumento del gasto total asignado a la salud por la reciente reforma tributaria a través de 0,5 puntos del IVA, equivalentes a \$1,3 billones de pesos, que serán destinados de forma anual para asegurar y mejorar la calidad de este servicio, recursos que son importantes para cubrir parcialmente el déficit que se presenta por el aumento a las

licencias de maternidad de 14 a 18 semanas, y el pago del subsidio monetario en el caso de incapacidades por más de 540 días.

Desde 1989 el gasto en salud se organizó en ingresos y gastos por fuentes (Ministerio de Salud, 1989). Este gasto aumentó durante la década de los noventa, pero tiene una tendencia a la baja desde hace 20 años: el gasto en salud se acercaba al 4,2% del PIB en el año 1986 sin incluir el gasto privado ni el gasto de bolsillo. El aporte del Gobierno pasó a 1,39% del producto interno bruto en 1988, a 6% del PIB en 1993, en 1995 era el 7,3%, aumentó a 9,3% en 1999, 6,4% en 2011, para el año 2013 fue del 6,5 por ciento del PIB, 5,8% en el año 2015 y finalmente 4,4% en 2016. (Figura 4-1).

Figura 4-1: Comportamiento del gasto relativo en Salud 2006-2016.

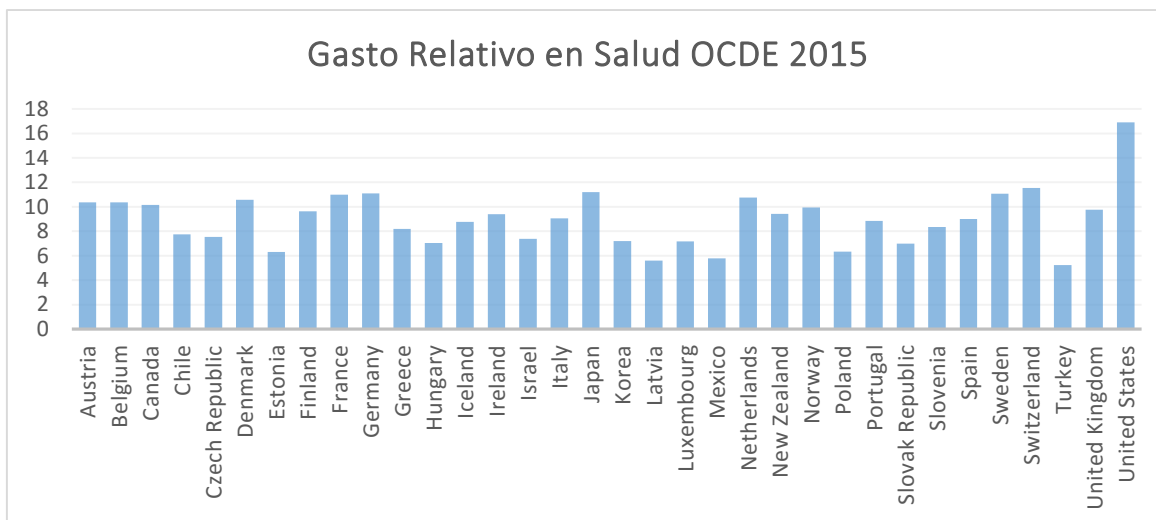


Barón (2007), estimó los promedios de participación del gasto en salud, según categorías durante 1996-2003, los cuales corresponden a 66,2% como gasto de atención en salud, 17% gastos de administración, 8% inversión y 8,8% correspondiente a demás usos. A su vez, el gasto de atención en salud se distribuye en los siguientes porcentajes: 60% como atención ambulatoria, 30,6 % como atención hospitalaria, solamente 7,4 % para las actividades de promoción y prevención y el 2,1 % para los programas de salud pública y Plan de Atención Básica. Esta distribución evidencia los altos costos de los gastos de administración en relación con los gastos de promoción, prevención y programas de salud pública.

El Ministerio de Protección Social mediante Circular Externa 53 en el año 2007 recomendó la distribución del gasto de la UPC del régimen subsidiado para cada uno de los niveles de complejidad, en las siguientes proporciones: a) Para el primer nivel de complejidad de servicios entre el 30% y el 55% del gasto b) para el segundo nivel de complejidad de servicios entre el 15% y el 35% c) para el tercer nivel de complejidad de servicios y el alto costo entre el 35% y el 55% del gasto en salud, lo que demuestra la dificultad de concentrar los recursos en el primer nivel de complejidad. (Ministerio de Protección social, 2007). El mismo Ministerio afirma que brindar una asistencia primaria integral desde el primer nivel, descongestiona los otros niveles de complejidad que son saturados por los usuarios al no encontrar solución a su problema en el primer nivel de atención. Lo anterior se puede apreciar en la ocupación de los niveles de atención hospitalaria, donde el primer nivel de atención no alcanza el 40%, mientras que los otros niveles superan el 78%, teniendo el segundo nivel una ocupación por encima de 97% y 91% el tercer nivel, en el período 2007 – 2012. (Ministerio de Salud, 2016).

4.9 Eficiencia relativa de los sistemas de salud:

Para comparar la eficiencia entre sistemas de salud de distintos países primero observemos, la inversión relativa en salud con respecto al PIB la cual fue para el año 2011 en EE. UU del 16,2%; Cuba del 11%; Francia del 11,7%; Argentina 9,5%; Brasil 9,0%; y Chile 8,2%. Estos valores permanecen con la misma tendencia en comparación a los países de la OCDE para el 2015. (OCDE, 2017). (Figura 4-2).

Figura 4-2: Gasto relativo en Salud (OCDE, 2015)

Es importante mencionar que la última calificación de países con respecto a la prestación de servicios para salud, con base en factores de calidad y cobertura, la realizó la Organización Mundial de la salud en el año 2000: Francia ocupó el primer lugar, Colombia ocupó el puesto 22 y Estados Unidos el 32.

Entre los años 2016 y 2017 Bloomberg publicó los países con mayor calificación de eficiencia en la prestación de servicios de salud; bajo una metodología que pondera la expectativa de vida con 60%, el gasto relativo como porcentaje del PIB con un 30%, y el gasto absoluto con 10% con cifras del 2014. Las primeras cinco posiciones fueron Hong Kong, seguido de Singapur, España, Sur Corea y Japón. Los dos primeros países destinaron durante el 2014 el 5,4 % y 4,9% del PIB relativamente al gasto total en salud. Estados Unidos ocupó el puesto número 50 y Colombia el 52, con destinación para el 2014 de 17,1% y 7,2% del PIB respectivamente, lo cual sugiere que el monto de inversión relativo del presupuesto total en salud no es un parámetro que mida la eficiencia del sistema de salud. Por encima de Colombia calificaron países de América Latina como Chile (8), Argentina (11), México (17), Perú (32), República Dominicana (35), **Cuba** (37), Venezuela (43) y Ecuador (44).

Según el Report for Selected Countries and Subjects del Fondo Monetario Internacional para el año 2018, los 6 primeros lugares del Producto Interno Bruto de los países latinoamericanos

se ubicaron de la siguiente manera expresados en miles de millones de dólares: Brasil (1.909.386), México (1.199.264), Argentina (475.429), Colombia (336.940), Chile (299.887) y Perú (228.944); de estos países la menor desviación del valor del PIB se encuentra entre los tres últimos. Teniendo en cuenta estos valores del PIB y el ranking de eficiencia de Bloomberg se describirán los sistemas de salud de Perú y Cuba (los cuales aparecen como más eficientes que Colombia). Más adelante compararemos un poco más a profundidad los sistemas de salud y datos del acceso entre Colombia y Chile teniendo en cuenta que estos dos países pertenecientes a la OCDE tienen un PIB cercano y representan un modelo similar de salud enmarcado en las características de los sistemas de seguro Nacional de Salud Obligatorio.

También, se describirá el modelo de salud de Cuba, por ser un país latinoamericano con un sistema con las características del servicio nacional de salud universalista, y por resaltar en el ranking Bloomberg, dada su eficiencia respecto a otros modelos latinoamericanos.

4.9.1 Sistema de salud del Perú

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. El Ministerio de Salud (MINSA) es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud. La Ley General de Salud (LGS) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del gobierno. El 79% del financiamiento del MINSA en 2007 provino de impuestos generales, 15% de las cuotas de recuperación y 6% de donaciones y transferencias.

La prestación de servicios de salud del sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

El Seguro Integral de Salud (SIS) subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. Los beneficiarios del SIS, alrededor de 18% de la población, provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales, donde el nivel de pobreza es mayor. El SIS se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general. Uno de los más grandes logros del SIS es el

incremento de la cobertura de atención de personas de escasos recursos. El SIS presta los servicios a través de la red de establecimientos del MINSAL, hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. Alrededor de 90% de hospitales e institutos de salud del MINSAL se ubican en zonas urbanas, 7% en zonas urbanas marginales y 3% en zonas rurales; la infraestructura de servicios de salud consiste básicamente en centros y puestos de salud que brindan atención primaria. Los casos de mayor complejidad se refieren a los establecimientos hospitalarios.

Al seguro público del contributivo directo se afilian los trabajadores del sector informal, los autoempleados de zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, que representan alrededor de 58% de la población total, los cuales son beneficiarios de los servicios del MINSAL.

La prestación de servicios de salud del sector privado está a cargo del seguro social con provisión tradicional (EsSalud), que cubre aproximadamente a 20% de la población, correspondiente a los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias y presta servicios de salud en sus propias unidades de salud que están localizadas principalmente en zonas urbanas. El sector privado también le vende servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas. Las prestaciones de EsSalud se financian con aportaciones de los empleadores, que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, el aporte proviene de los asegurados y equivale a 4% de la remuneración asegurable. Cuando el usuario decide acceder a servicios mixtos (EsSalud y EPS), el financiamiento se distribuye: 6.75% para EsSalud y 2.25% para las EPS. En el subsector privado lucrativo el financiamiento está a cargo del usuario a través del pago de seguros (primas, copagos deducibles) y pagos de bolsillo. En el subsector privado no lucrativo, los cooperantes externos canalizan recursos en calidad de donaciones.

El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos. Entre 10 y 20% de la población se encuentra totalmente excluida del sistema de salud.

En el año 2009 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, para el aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho progresivo de toda persona a un conjunto de intervenciones para diversas condiciones de salud y enfermedad con independencia de su inserción laboral.

Los miembros de las fuerzas armadas y policiales, y sus familiares directos cuentan también con una red propia de establecimientos de salud y un equipo de profesionales. Los seguros privados y los servicios prepagados ofrecen cobertura a poco menos de 2% de la población.

El plan de beneficios de aseguramiento universal bajo la denominación de Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), es una lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados. El plan cubre 75% de la carga de morbilidad. La regulación y fiscalización del aseguramiento está a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

El gasto de bolsillo sigue siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. Para el año 2010 el gasto total en salud fue de 4.5% del PIB. El grueso del gasto privado (75.4%) es gasto de bolsillo.

Hay concentración del recurso humano y tecnología en Lima que concentra 53.19% de los médicos y la población percibe baja calidad en la atención. (Alcalde, Lazo, & Nigenda, 2011).

4.9.2 Sistema de salud de Cuba

El Ministerio de Salud Pública es el organismo rector del sistema nacional de salud, concentra los recursos dedicados a la salud y opera los servicios en todos sus niveles. El nivel primario debe dar solución aproximadamente a 80 % de los problemas de salud de la población y sus servicios se prestan fundamentalmente en los policlínicos y los consultorios del médico y la enfermera de la familia. En el nivel secundario se cubren cerca de 15% de los problemas de salud. La función fundamental de este nivel es tratar al individuo ya enfermo para prevenir las complicaciones y realizar una rehabilitación inmediata. Su unidad básica es el hospital de subordinación provincial. En el nivel terciario se atienden alrededor de 5% de los problemas de salud, relacionados con secuelas o complicaciones de determinadas enfermedades. La

atención se brinda fundamentalmente en hospitales especializados o institutos de subordinación nacional.

Cuba se ubica junto con Costa Rica y Chile entre los países con mejores niveles de salud infantil de América Latina. El Sistema de salud cubano es un Sistema Nacional de Salud (SNS). El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del SNS y el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de las políticas del Estado y del Gobierno en materia de salud pública, desarrollo de las ciencias médicas e industria médico-farmacéutica. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios, accesibilidad y gratuidad de los servicios; centralización normativa y descentralización ejecutiva. El sistema garantiza el acceso libre e igualitario a todos los servicios de salud y brinda una cobertura al 100% de la población. Dicho acceso no está determinado por el nivel de ingreso, ocupación en la economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado.

El SNS cubano garantiza el acceso a servicios integrales de salud que se prestan en unidades ambulatorias y hospitalarias. Desde 1961 cambió de enfoque de la atención en todo el sistema de curativo a preventivo. Durante los años ochenta desarrolló el modelo de Atención Primaria de Salud que condujo a la formación del Especialista en Medicina General Integral.

El sistema de salud cubano garantiza el acceso universal a servicios de salud, y se financia casi exclusivamente con recursos del gobierno nacional. Cuba tiene el porcentaje de inversión en salud respecto al PIB más alto de América Latina, que en promedio es de 11%, y el gasto privado ascendió apenas a 3.8% en el año 2009.

La prestación se enfoca en la atención primaria de salud (APS) basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia (MEF), la cual interviene la tendencia a la superespecialización de la práctica médica y los cambios en el patrón de morbilidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, promueve la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población. El modelo del MEF garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de APS.

Más de 30 mil médicos de la familia trabajan en consultorios, policlínicos y hospitales rurales que componen el nivel primario de atención. En general, un consultorio de MEF sirve a 600-

700 habitantes y en determinados centros de trabajo o estudio. Entre 15 y 20 consultorios componen un Grupo Básico de Trabajo (GBT). Participan especialistas en medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, un psicólogo, un estomatólogo, una supervisora de enfermería, una trabajadora social, un estadístico y un técnico en higiene y epidemiología.

Los GBT constituyen la instancia de coordinación del consultorio con el policlínico. En 1995 había 5.2 médicos por 1000 habitantes y en 2009 esta razón aumentó a 6.7. En 2009 se contaba con 5.9 camas de asistencia médica por 1000 habitantes.

El usuario de los servicios incurre en gastos de bolsillo sólo cuando requiere medicamentos indicados en la atención ambulatoria y para la adquisición de algunas prótesis o aparatos, que adquiere a precios subsidiados. Las personas de pocos recursos están exentas de estos pagos. Los pacientes hospitalizados no incurren en gastos por medicamentos y por lo general el acceso a los medicamentos está garantizado.

La investigación es una actividad prioritaria en todas las instituciones de salud. La investigación que se desarrolla en el SNS debe responder a las prioridades y metas de las Áreas Estratégicas de las Proyecciones de la Salud Pública y todos los proyectos de investigación deben ser aprobados por los consejos científicos y los comités de ética de investigación en salud de las instancias correspondientes. La Dirección de Ciencia y Técnica del MINSAP emite anualmente una convocatoria para la presentación de proyectos a los Programas Ramales Científico Técnico (programas priorizados por el sector), dirigida a investigadores, docentes y profesionales que trabajan en el sector salud u otro sector.

Sin embargo, el nivel de insatisfacción es alto correspondiente al 62.4% de los usuarios encuestados, las causas de las molestias se relacionaban con condiciones estructurales de las instalaciones, recursos necesarios para la atención, tiempo de espera y maltrato.

Se intensificó el uso de la medicina natural y tradicional, actualmente de amplio empleo. Se ha buscado también mejorar la atención de las urgencias médicas en las comunidades. Como parte de este proceso se implantó la red de cardiología, que incluye la asignación a todos los policlínicos (con servicios de urgencia) de un equipo de trombólisis, que, utilizando un producto de la biotecnología cubana, permite desintegrar el trombo en las primeras horas de

sucedido el infarto, con la consecuente disminución de la mortalidad. (Domínguez & Zacea, 2011).

4.10 Financiación del gasto público en salud

Así entonces, la sostenibilidad financiera del SGSSS se ha visto cuestionada durante los últimos años por distintos factores, entre los cuales está el financiamiento parcial vía impuestos a la nómina y la permisividad de los recobros por parte del FOSYGA.

Todas las fuentes del sistema deben considerarse públicas, porque corresponden a las cotizaciones de trabajadores y los aportes patronales, los recursos del presupuesto nacional y a las rentas cedidas, aportes de cargas parafiscales como los de las Cajas de Compensación Familiar (CCF). En el régimen subsidiado las fuentes son los recursos propios de departamentos y municipios, las regalías, y otros recursos de libre destinación de las entidades territoriales. La otra fuente principal de financiamiento del régimen contributivo son las transferencias del fondo de compensación del antiguo FOSYGA.

El régimen subsidiado tiene diversas fuentes de financiamiento: hasta 1,5% de la cotización de solidaridad; 5% a 10% de las recaudaciones de las cajas de compensación familiar; 25% de la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación; el llamado “situado fiscal” que constituye el 20% de las transferencias fiscales de la nación a los departamentos. También se financia por contribuciones adicionales voluntarias de municipios y departamentos; parte de las regalías del petróleo, de los ingresos por lotería y de los impuestos a ganancias por juego.

En el régimen contributivo, el empleador cotiza el 8,5% y el asegurado el 4% de su salario. La disposición del gasto para la prestación de servicios de salud es independiente de los ingresos de cada afiliado, respondiendo a un principio de equidad vertical. Actualmente sólo el 49% de la población colombiana se encuentra afiliada a este régimen y el 50% está afiliado al régimen subsidiado, lo que significa que menos población está contribuyendo al financiamiento del sistema.

Por la gratuidad del subsidio a la demanda hay un incentivo para que las personas se afilien al régimen subsidiado y así eviten el pago de la contribución. También se incentiva a los empleadores a contratar trabajadores afiliados al régimen subsidiado. En este sentido, hay un problema de evasión de potenciales cotizantes en salud. Desde el 2008, la puesta en marcha de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes-PILA ha sido exitosa en la afiliación de trabajadores independientes.

A diciembre del 2014, el contributivo tuvo una utilidad neta negativa por 304.579 millones de pesos, cifra inferior a la diferencia del año 2013. Para el 2014, de las 18 EPS del régimen contributivo 11 registraron pérdida neta. Las 18 EPS reportaron activos por \$6.15 billones. Para el 2015 las cuentas por cobrar al FOSYGA ascendieron a \$2.4 billones, lo cual equivale al 39% del activo total agregado del régimen contributivo. El pasivo total registrado para este período fue de \$6.11 billones. Al 2016, las EPS estaban debiendo a los hospitales, clínicas, médicos y prestadores \$5,1 billones aproximadamente por servicios, enfrentando problemas graves de liquidez que se derivan a los otros actores del sector de la salud. La mayoría de los casos corresponde a servicios de prestaciones de salud en el segundo nivel.

Para el Régimen Subsidiado, el mercado de aseguramiento está compuesto por empresas de carácter privado, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud. El régimen subsidiado debe promover la afiliación a través de las EPS-S, garantizando el acceso a los servicios de salud para toda la población pobre. Así, la ley busca universalizar la cobertura del aseguramiento incluyendo a la población más vulnerable mediante su afiliación al SGSSS. La disminución de los recursos se acentuó a partir del 2007 con una caída del 21%, cuando la cobertura al régimen subsidiado se dispara, y ha sido compensada por un mayor giro de recursos propios y rentas cedidas por parte de los departamentos. Los esfuerzos para disminuir costos no han sido suficientes para resolver los principales problemas que enfrentan los hospitales públicos. Estos están relacionados con los retrasos en el pago de la cartera por parte de las EPS-S, ineficiencias administrativas, y la subutilización de la capacidad instalada especialmente en el primer nivel de complejidad.

Para diciembre de 2014, según cifras de la Superintendencia de Salud, en el agregado de las 37 EPS del régimen subsidiado se reportaron ingresos por UPC por \$7.5 billones y una pérdida neta de \$257.056 millones. De las 37 EPS-S, 4 presentan pérdidas netas. En el

balance general agregado de las 37 se registró un activo total de \$3.3 billones. El 45% de esta cantidad corresponde a cuentas por cobrar a las Entidades Territoriales (\$1.5 billones). El pasivo total de las 37 EPS fue en ese año \$4.6 billones, de los cuales \$2.6 billones (56.5%) corresponden a cuentas por pagar a proveedores. En el agregado del régimen subsidiado se presentó un patrimonio negativo de \$1.287.780 millones. El sistema necesita recursos millonarios para que clínicas, hospitales, EPS y demás eslabones de la cadena funcionen adecuadamente. Al realizar la comparación del balance general del año 2013 con el mismo período del año 2014, se encontró que el pasivo había aumentado, mientras que el patrimonio total había disminuido. (Tabla 4-2).

Tabla 4-2: Pasivo diferenciado por regímenes del SGSSS.

AÑO	2013		2014	
Régimen de Salud	RC	RS	RC	RS
Pasivo Total	5.393.667	4.774.192	6.115.611	4.610.091

NOTA: Cifras en millones de pesos colombianos.

Para diciembre de 2017, las EPS le adeudaban a los prestadores, según la Superintendencia de Salud, 5,7 billones, 1,3 en el régimen contributivo y 4,4, en el régimen subsidiado. Al día de hoy casi la totalidad de las EPS presentan indicadores que muestran serias pérdidas de valor, patrimonios negativos e incapacidad para cumplir con los márgenes de solvencia. De las 11 EPS que existen hoy en el Régimen Contributivo, 3 están solventes, 5 que han estado en insolvencia lograron demostrar ante la Superintendencia Nacional de Salud que alcanzaron los compromisos de ajuste para el segundo año del plan de recuperación, y 3 continúan insolventes. En el régimen subsidiado de 24 EPS que hay hoy, 6 de ellas son solventes, 3 lograron cumplir compromisos del plan de recuperación del segundo año y 15 continúan en insolvencia (Arango, 2018). Respecto al patrimonio de las EPS, solo 11 de 37 tienen patrimonio positivo (5 de 27 EPS del RS sobre 6 de 10 EPS del RC) pero sus activos están constituidos en un 60% por cuentas por cobrar (que en muchos casos son superiores al 80%), es decir, que son empresas que se sustentan en la deuda y si se dan afectaciones al sistema, dejarían de funcionar y no prestarían sus servicios.

La manera de intervenir estos problemas de eficiencia ha sido con medidas fiscales o financieras; sin embargo, a nivel de los entes territoriales se ha venido presentado un

mejoramiento de los fondos departamentales de salud reflejado desde el año 2013, con un balance con superávit de aproximadamente \$1,08 billones en la vigencia 2013. Durante el año 2014, los fondos departamentales de salud presentaron un superávit de \$889.198 millones, lo cual evidencia (a pesar de la disminución nominal entre los dos años de análisis) que el sector salud en el nivel departamental *no ha mostrado problemas financieros estructurales* y su tendencia deficitaria se ha revertido a nivel territorial. Estos recursos se han acumulado sin ejecutar, lo que alerta sobre la capacidad de gestión de los entes territoriales para la inversión de los recursos descentralizados y lleva a pensar que la política pública debe trascender las estrategias financieras y en cambio debe fortalecer las estrategias institucionales. Stiglitz (2000) citado por Santos, García y Chicaiza, describe que es cuestionable enmarcar un derecho constitucional como la salud frente a un objetivo de sostenibilidad fiscal. Los recursos monetarios y físicos son escasos y, por tanto, es imperativo lograr los mejores resultados posibles en la dotación efectiva de este servicio meritario. El Gobierno a través de la Ley 1438 de 2011, estableció los criterios y las condiciones para los programas de saneamiento fiscal y autorizó al Ministerio de Salud la compra de cartera reconocida por instituciones prestadoras de servicios de salud con empresas promotoras de salud tanto del régimen contributivo como del subsidiado, operaciones que serían financiadas con los recursos de la subcuenta de garantías del FOSYGA; otra medida fiscal fue el Fondo para el Salvamento y Garantías para el Sector Salud (Fonsaet), el cual financiaría las obligaciones que no hubiesen podido ser canceladas por las empresas sociales del Estado. El saneamiento fiscal y financiero de las empresas sociales del Estado no solo se medirá con el saneamiento de pasivos del sector, sino con la continuidad en el tiempo de las reglas fiscales, lo que desplaza el problema financiero a un segundo reglón en las estrategias de sostenibilidad. (Santos, García & Chicaiza, 2016).

Estos autores también describen que la estructura financiera del modelo ha afectado de forma negativa la prestación del servicio de salud; también hace vulnerable la sostenibilidad financiera del sistema una cobertura universal con un componente del 50% por afiliación al régimen subsidiado, en medio de los riesgos sobre la consolidación de un mercado laboral formal que permita fortalecer el régimen contributivo. Las estrategias no deben ser solo fiscales o financieras, también deben adoptarse a otro tipo de políticas e instituciones relevantes en el funcionamiento del sistema como la atención primaria en salud (APS).

4.11 Proporción del gasto privado en el gasto total en salud

El gasto total en salud se divide en gasto público y gasto privado. A su vez, el gasto privado se compone de los seguros privados en salud o medicina prepagada, otros seguros voluntarios, el Seguro Obligatorio de Tránsito (SOAT) y de los gastos de bolsillo en salud (GBS). Colombia registró un gasto privado equivalente al 25% del gasto total en salud en 2014. Según las Cifras financieras del Ministerio de Protección Social (2014) el promedio del porcentaje del gasto privado desde 2004 a 2011 fue de 26,2% (8, 3% de seguros privados más 17,9% del gasto de bolsillo). Hoy en Colombia el gasto de salud privado es muy escaso, lo que es un buen predictor de la eficiencia del sistema. Pero aún más notable ha sido la reducción del gasto de bolsillo de la población que ha evolucionado del 43.7% del total de gasto en salud en 1993, al 16.2% en 2016 (Barón, 2018). Para el 2007 fue de menos del 15% del total, uno de los más bajos en la región.

Anterior a la vigencia de la Ley 100 de 1993, el 44% del gasto total en salud era gasto de bolsillo de los usuarios, conformado por el pago particular a los médicos y a las clínicas privadas, con una cobertura de solo el 17% de la población. Según Giedion (2008), 4% de los hogares colombianos que usaron servicios de salud en 2003 tuvieron un gasto de bolsillo en salud que los hizo caer bajo la línea de pobreza endógena.

Después de 1997 se disminuyó el gasto de bolsillo para pólizas de salud, planes complementarios y/o planes de medicina prepagada adicional a la cobertura de POS, remplazado por fuentes del impuesto a la nómina para salud y por el gasto público para el subsidio a la demanda. El financiamiento para el 2003 cerró con un 37,4% proveniente de las familias, un 22% de las empresas, y un 27,2% de los fondos públicos (Presupuesto General de la Nación y entes territoriales).

Dentro del gasto privado, el gasto individual es la fuente de financiación más regresiva debido a la relación inversa entre la situación socioeconómica y la salud del individuo (Wagstaff et al., 1992).

4.12 Sector Privado de la Salud

Colombia reporta una situación paradójica: al tiempo que los actores públicos del sector viven una situación de iliquidez apremiante, la demanda de servicios y la inversión privada crecen a un ritmo saludable.

De acuerdo con la Muestra Trimestral de Servicios (MTS), los ingresos operacionales del sector salud privada en el tercer trimestre del 2013 crecieron 11.3% frente al mismo periodo del año anterior, superando a telecomunicaciones (8.8%), transporte (3%), publicidad (2%), seguridad y aseo (1.5%) e inmobiliarias (-4.6%). (Guerrero & Prada, 2014).

En el 2013 se registró una inflación anual del 4.4% en el gasto en salud, más del doble que la del nivel general de precios (1.9%), siendo el crecimiento más alto junto con el gasto en educación (PROESA, 2014). La inflación en el sector salud, durante los primeros 8 meses del año 2015, fue del 4.1%, la más alta del último quinquenio.

A pesar de que los indicadores financieros del sector público en salud no son los más alentadores, a finales del 2015 se confirmó, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, que 321 Empresas Sociales de Estado (ESE) mejoraron su nivel de riesgo financiero o lograron salir de él.

De las 953 ESE que funcionan actualmente en el país, 539 (56.5%) fueron categorizadas sin riesgo, 169 (17.7%) en riesgo bajo y 245 (25.7%) en riesgo medio y alto. Es decir que la mayoría de los hospitales públicos no tiene riesgo financiero, lo que evidencia una significativa mejoría en sus finanzas desde el año 2012.

El Ministerio de Salud propuso el siguiente plan de choque de recuperación financiera, a principios del 2016, para resolver el déficit del sector:

1. Decreto 2702 de 2015. Traza una ruta de recuperación a 7 años, para pagar deudas con 10% por año.
2. Para requerimientos de liquidez se introdujeron recursos al sistema por tasa compensada por el orden de 800 mil millones más otros 700 mil millones, es decir, 1,5 billones para dos años. Los hospitales y EPS pueden obtener créditos con estos recursos a muy bajas tasas.
3. Cajas de compensación con excedentes del 4% pueden capitalizarse, lo que genera 150 mil millones.
4. Liquidación de Caprecom y SaludCoop.
5. Inyección de 200 mil millones a Nueva EPS.

Con la eliminación de los Comités Técnico-científicos, todo lo que no cubre el POS lo paga el ADRES. Ahora el médico registra las órdenes de procedimientos o medicamentos no incluidas en el POS en un sistema que se monitorea desde el ADRES, como mecanismo de autorregulación denominado MIPRES. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

4.13 Conclusiones

Las relaciones entre los agentes del sistema constituyen un cuasimercado en el que los precios de los contratos generan incentivos de comportamiento que buscan la optimización de los recursos con base en el principio de la eficiencia. Como observamos, las variables macroeconómicas, tales como la crisis fiscal, el mercado laboral informal, hasta la diferencia de UPC en los regímenes, y no solo las fallas del mercado del sector de servicios de salud afectan la eficiencia del modelo. Sin embargo, estos factores son coyunturales y pueden mejorarse con cambios institucionales.

Del análisis del comportamiento financiero del Sistema de Seguridad Social se concluye que el modelo se ha hecho insostenible de manera progresiva por la posibilidad de recobro al ADRES (antes FOSYGA). Este último si es un factor determinante y estructural de la ineficiencia del sistema, y su resolución requiere además una reestructuración del fondo. A partir de la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte, que obligó a la unificación del plan de

beneficios para ambos regímenes sin tener en cuenta la operación financiera para acatar la orden judicial, también se recortó la fuente de ingresos para el subsidiado mediante la reducción de la solidaridad, y a la vez se estancaron los aportes del régimen contributivo. Eso significa más gastos contra menos ingresos.

A pesar de los avances en cobertura y las deficiencias en acceso y calidad, el modelo del sistema de salud en Colombia ha tenido el objetivo de amparar el mayor número de enfermedades que se puedan dar en términos de salud para toda la población a todo costo, y ha logrado importantes avances en los resultados de salud en las últimas dos décadas con los recursos del sistema, sin puntualizar el comportamiento de las fuentes de ingreso. Para el régimen contributivo, el comportamiento creciente de los recobros al FOSYGA vía tutelas y Comités Técnico-científicos, así como la ampliación de la base para el régimen subsidiado y de los beneficios del POS para la mayoría de la población, significó un aumento necesario del gasto en un momento donde el déficit financiero obligó a recortar proporcionalmente el presupuesto con el PIB.

Esta situación deja sin flujo de fondos al ADRES para atender los requerimientos de salud de la población vulnerable, lo que se refleja en el retraso de las transferencias y pagos especialmente a las EPS-S, a los hospitales públicos y algunas instituciones prestadoras privadas que contratan con los municipios para la atención del subsidiado. La consecuencia natural es un déficit creciente y un ejercicio negativo sobre los estados de resultados para las EPS e IPS.

El Estado pasa a deber una cifra cercana a los 6 billones de pesos en el 2016 al sector de la salud, lo que representa casi el 28,5% del presupuesto anual vigente, y se demuestra que los déficits se han intervenido con medidas fiscales y financieras sin resolver de fondo los problemas que afectan la prestación del servicio como las barreras de acceso, lo que no permite una universalización del sistema con acceso equitativo y calidad. Por lo anterior, se insiste en que los cambios para mejorar la ineficiencia y la sostenibilidad del sistema deben centrarse sobre políticas institucionales. Además de lo anterior, las nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población implican que la atención del alto costo haga insostenible nuevamente el modelo. Igual situación se da con los regímenes especiales y de excepción.

Ante este panorama es necesario repensar dentro del modelo los límites que deben tener los planes de beneficios en favor del sostenimiento del sistema y que la salud de la mayoría no se vea afectada por la cobertura de beneficios exagerados para unos pocos, lo que también afecta la universalidad y la equidad. La visión tradicional utilitarista se orienta hacia el bien común y que cuando se compromete el derecho fundamental a la vida de una persona, no se debe afectar el derecho fundamental de la salud de la mayoría de la población; por eso se adoptaron medidas costo-eficientes como los CTC. Pero al evolucionar hacia una posición liberal igualitaria se tendría que pensar en políticas o estrategias de cooperación, que atiendan las necesidades individuales tanto de los sanos como de los enfermos, y de los privilegiados, siempre y cuando favorezcan a los que están en desventaja. Esto quiere decir que deben ser las juntas de profesionales médicos (antiguos CTC) las que garanticen los derechos a la salud y la vida de los enfermos pensando en la salud primero como un derecho universal que garantice los mínimos esenciales para toda la población, y mediante un sistema solidario y de cooperación con los que se encuentren en desventaja. Las necesidades deben cubrir el 100% de la atención en el primer nivel e irán priorizándose y diferenciándose conforme aumenta la complejidad.

En este sentido, el Estado debe proveer los mecanismos financieros de ingresos para garantizar a todos los ciudadanos un plan de beneficios esencial (mínimo básico) diferenciado por niveles de atención, de manera que se preserve la salud al 100% de la población en los primeros niveles de complejidad sin intermediarios; y con la misma o mayor proporción del gasto para la salud y sin generación de recobros vía jurídica. Todos, sanos y enfermos deben tener derecho al acceso no excluyente en los servicios preventivos, de maternidad y prenatales, medicina general, pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general, aprendiendo de la eficiencia de óptimos resultados de salud con escasos recursos en un modelo sustentado sobre la atención básica, como el modelo universalista cubano, pero mejorando las fallas de los servicios de salud como un bien exclusivamente público.

Para hacer el modelo eficiente, los requerimientos de salud que se den para las otras especialidades y subespecialidades deben estar reguladas bajo un plan de beneficios obligatorios con intermediarios (EPS), no diferenciados por regímenes acatando los

preceptos constitucionales, pero con límites que no comprometan la sostenibilidad del sistema para la provisión de los mínimos universales de los primeros niveles de atención.

El Estado debe reasegurar el alto costo y las enfermedades huérfanas, estableciendo unos valores límites para cada patología o reasegurando los incidentes que superen los costos promedio; los pacientes con estos diagnósticos deben ser pagados directamente por el Estado, y no a través de EPS.

Con relación a la sostenibilidad financiera, se evidencia un panorama lleno de vicisitudes que aqueja de manera estructural la permanencia del modelo de salud en sus componentes de distribución de fondos y asignación de recursos a nivel territorial, que depende no tanto de las fuentes de financiación, ni del presupuesto, como de la extensión del plan de beneficios por vía jurídica, la distribución del gasto por niveles de atención, y otros factores macroeconómicos relacionados, como la informalidad laboral. Esto obliga a replantear el modelo de financiación y de operación de fondos del sistema, a través de medidas institucionales, porque la deuda que mantiene el sistema con las EPS y las IPS se convierte en un fuerte determinante de las barreras de acceso a los servicios de salud, por disminución de la oferta al afectar hospitales y aseguradores (EPS).

Capítulo 5

Equidad en el acceso a la atención médica en Colombia y otros países de la OCDE: un análisis comparativo desde la perspectiva de justicia de Rawls⁴

5.1 Introducción

Conforme con el Proyecto de ley “*por medio de la cual se aprueba el “Acuerdo sobre los Términos de la Adhesión de la República de Colombia a la Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos”* La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (en adelante “OCDE”), *es una organización intergubernamental, creada mediante la “Convención de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos”. La misión de la OCDE consiste en promover políticas que fomentan el bienestar económico y social, el aumento de empleos y la calidad de vida de los pueblos alrededor del mundo. Actualmente 37 Estados son miembros de esta Organización, los cuales forman una comunidad de naciones. La OCDE también es una organización determinada a continuar ayudando a los países en desarrollo a establecer políticas públicas para promover el desarrollo económico, el bienestar de los mercados laborales, impulsar la*

⁴ Autores: Mustafa Hussein, Javier Bejarano Daza

inversión y el comercio, fomentar el desarrollo sostenible e incrementar los niveles de vida y el funcionamiento de los mercados. El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 estableció el ingreso a esta Organización como una estrategia fundamental para el posicionamiento de Colombia a nivel mundial, que le permite al país beneficiarse de los trabajos y experiencias en formulación de política pública de las economías líderes del mundo, en materia de reducción de pobreza, aumento de seguridad y prosperidad económica y social a largo plazo; otras ventajas son el acceso a una valiosa fuente de datos estadísticos, económicos y sociales comparables a nivel internacional. Para lograr la invitación del Consejo de la OCDE fue necesaria una evaluación de las políticas públicas colombianas en 23 comités entre los que se resalta, a propósito de este documento, el de salud, y economía y desarrollo. (Gaceta 540 del Congreso de la República de Colombia, 2018)

En este capítulo se hace una comparación de indicadores de acceso a los servicios de salud en los diferentes sistemas de salud del mundo definidos en el capítulo II, y representados principalmente por países que hacen parte de la OCDE, teniendo en cuenta que Colombia ingresó a ser país integrante de esta Organización, y que el análisis de comparación tiene como propósito dilucidar los parámetros y el comportamiento de acceso a la salud por tipos de sistemas de salud, y no por nivel de ingresos de los países.

De acuerdo con los parámetros de comparación de resultados en salud entre los diferentes países, los indicadores basados en la expectativa de vida al nacer por sí misma o con relación al gasto total en salud, las tasas de mortalidad, y las tasas mortalidad infantil antes de los 5 años, están entre las variables más comunes en el desempeño de los sistemas de salud. Últimamente, indicadores como los años de vida ajustados por discapacidad (DALYS) y los años de vida ajustados por calidad (QALYS) son considerados como parámetros para medir el comportamiento general y económico de la salud a escala nacional.

Sin embargo, los determinantes del desempeño de los sistemas de salud son múltiples, lo que hace prácticamente imposible generar modelos que evalúen el resultado general de un sistema donde se puedan vincular todas las variables. (Berman & Bitran, 2011). Pero en el intento de comparar los resultados generales de salud de países de ingresos altos con países de ingresos medios o bajos, y aún entre países del mismo promedio de ingreso económico,

nos encontramos con diferencias significativas, que llevan a cuestionarse si es pertinente valorar la salud y medir el comportamiento bajo este esquema.

Por ejemplo, la evaluación de la eficiencia de los sistemas de salud varía drásticamente aun cuando tengan similares economías. (Mills & Ransom, 2012).

El sistema de salud de Colombia tuvo su última reforma estructural en 1993, favoreciendo la participación del sector privado como consecuencia del programa de ajuste, que se implementó bajo la exigencia de los organismos financieros internacionales. Además, se adoptó el programa del Banco Mundial al diferenciar la provisión y el financiamiento como dimensiones separadas del sistema y fomentando la privatización de la primera. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud ubicó al sistema de salud en Colombia en el primer lugar, teniendo como referencia la equidad de las contribuciones financieras (no la equidad de distribución de recursos) (Armada, Bonet, & Navarro, 2001).

Pero en Colombia todavía no existe equidad de acceso. Según Ayala (2014), el acceso a servicios médicos para personas cubiertas o no por un seguro médico disminuyó alrededor de 3.6 % entre 1997 y 2012 y la desigualdad se evidenció al aumentar en un 2% el acceso solo en el estrato alto del país. Sin embargo, el acceso por ingresos mejoró debido a que se redujo la inasistencia médica por falta de dinero: pasó del 42,2% al 11,5 %, entre 1997 y 2012. Este porcentaje hoy alcanza 2,8%. Comparando los mismos indicadores con los de Estados Unidos para el 2008, el resultado es bastante bueno: en los EE.UU. el 10% de los adultos entre 20 y 29 años no recibieron atención médica cuando la necesitaron por falta de recursos en ese año (Cohen & Bloom, 2010).

Igualmente, y teniendo como parámetro la expectativa de vida y la morbilidad, por ejemplo, los resultados de salud de Estados Unidos no son mejores en comparación con otros países de altos ingresos. Para el 2014, la esperanza de vida en Estados Unidos ocupó el 32° lugar en todo el mundo, por debajo de la mayoría de las demás naciones industrializadas. Las explicaciones de este comportamiento incluyen variables multicausales como las diferencias en la atención de la salud, los comportamientos individuales, las desigualdades socioeconómicas y el entorno físico construido (Avendano & Kawachi, 2014). Por ejemplo, entre la salud de los estadounidenses y los ingleses (Almgren, 2012), se encontró que los

estadounidenses de altos ingresos (97% de los cuales ya tienen acceso al seguro de salud) tenían tasas de hipertensión y diabetes comparables a los de bajos ingresos en Inglaterra. Los pobres y menos educados tienen tasas mucho más altas de enfermedad y muerte en Estados Unidos y mayores aún que el mismo tipo de población en la mayoría de los países de la OCDE. Hay también un exceso de muertes por causas violentas (homicidios, suicidios, accidentes) que no se debe a la falta de atención médica; las tasas de supervivencia de los Estados Unidos para varias enfermedades crónicas contribuyen a la desventaja de la salud; es el caso de las enfermedades del corazón, los accidentes cerebrovasculares isquémicos y el cáncer (Avendano & Kawachi, 2014).

Algunos autores han vinculado el desempeño del sistema de atención en salud a los resultados de mortalidad prematura. Sin embargo, la incidencia de la enfermedad y los comportamientos frente al autocuidado están muchas veces por fuera del alcance de la atención médica. Así parte de las desventajas se explicarían por determinantes sociales como las políticas públicas en los Estados Unidos frente a otros países de la OCDE (Avendano & Kawachi, 2014).

Pero teniendo en cuenta la expectativa de vida o el gasto relativo en salud, los resultados de salud en Colombia estarían muy por debajo de los de Estados Unidos, y, por lo tanto, del resto de las naciones industrializadas. La expectativa de vida en Colombia es en promedio de 74.8 años versus 81.2 en EE. UU, De acuerdo a fuentes de la OCDE (2015), el gasto en salud per cápita en Colombia es de 5.8% versus 16.9 % del PIB en EE. UU respectivamente para 2015.

Consideremos que Colombia es un país que goza de tener un sistema de salud con cobertura universal, la cual corresponde al 95,4% en el Sistema General de Seguridad Social, a nivel nacional según la ENCV 2016. Pero la cobertura de seguros no garantiza el acceso, como lo pretendía la reforma a la salud desde 1993, promoviendo la cobertura universal como la vía más expedita para lograr el acceso a la salud en Colombia. Como se mencionó anteriormente este propósito no se ha logrado (Ayala, 2014).

Úrsula Giedion (2009), resalta las ventajas que trae el aseguramiento sobre el acceso a la salud, especialmente en el seguro de salud subsidiado, pero resalta la inequidad de acceso entre áreas urbanas y rurales, como el porcentaje de partos atendidos por un médico que es

superior al 90 por ciento para todas las mujeres en edad fértil en áreas urbanas, pero por debajo del 70 por ciento en áreas rurales. Las visitas ambulatorias aumentan del 44 por ciento al 66 por ciento con el seguro en las áreas rurales, en comparación con un aumento ligeramente más moderado del 53 por ciento al 70 por ciento en las áreas urbanas, evidenciando peores indicadores de acceso en salud en las zonas rurales.

Ahora bien, la falta de cobertura universal puede ser un factor importante en los indicadores de acceso, pero no es determinante. Es así como en los Estados Unidos en el informe de Avendano y Kawachi (2014) se examinaron pruebas de diferencias en la atención médica y el sistema de salud pública, la calidad de la atención de la salud, y el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, tanto los estadounidenses asegurados como los no asegurados tienen peores resultados en salud que sus homólogos europeos, lo que sugiere que el seguro de salud no es la única variable por considerar y que dichas diferencias son efectos de procesos multicausales. Sin embargo, el acceso a los servicios y bienes en salud depende en gran medida de otros determinantes sociales como los ingresos familiares, al igual que de las características del sistema de salud. (Vargas, Vázquez & Mogollón, 2010). Según la OMS, los sistemas de salud por sí mismos son un determinante social de la salud, influenciados por otros determinantes sociales (Solar & Irwin, 2007).

Teniendo en cuenta que los sistemas de salud son determinantes intermedios del funcionamiento de un país, y que otros determinantes estructurales son la educación, la vivienda o la infraestructura, inferimos que los resultados del estado de salud de un país son mayormente influenciados por las decisiones de sus gobernantes en la política social, así como por la inversión del gasto público, más que por el desempeño mismo de los sistemas de salud. La expectativa de vida al nacer, y la morbilidad de un país se rigen más por el diseño y la planeación de las condiciones sobre la educación, el trabajo, la vivienda y la infraestructura. Sin embargo, los sistemas de salud como determinantes intermedios juegan un papel decisivo en la calidad de vida, y, por lo tanto, en los indicadores de desarrollo económico y de bienestar para el país.

Pero al igual que sucede con la cobertura y el gasto público, hay otras variables distintas que influyen en el funcionamiento de los sistemas de salud. Entre ellas encontramos la calidad de las políticas e instituciones financieras. Así, cada dólar adicional gastado por el gobierno en

salud genera un mayor retorno, medido por su impacto en la reducción de muertes de menores de cinco años y la mortalidad materna, el bajo peso al nacer y la mortalidad por tuberculosis (Berman & Bitran, 2011).

En este aspecto, la comparación entre indicadores de calidad, acceso, eficiencia, equidad y vidas saludables de los sistemas de salud darían un mayor acercamiento a la evaluación del desempeño, independientemente del nivel de ingresos de cada país. Así, Davis *et al* (2014) trabajaron un total de 80 indicadores, agrupados en cinco dimensiones de desempeño, utilizados en las tarjetas de puntuación del Estado y de la National Scorecard.

El Reino Unido ocupó el primer lugar, en acceso y eficiencia. Suiza ocupó el segundo lugar en el ranking mundial, y es uno de los países líderes en equidad, tiempos de espera y atención centrada en el paciente. Francia ocupó el lugar más alto en vidas sanas; Canadá y los Estados Unidos ocuparon el décimo y el undécimo lugares respectivamente (Davis *et al.*, 2014).

Este capítulo pretende comparar únicamente el acceso a la salud, visto y medido a partir de las dimensiones de disponibilidad y asequibilidad en Colombia, y otros países de la OCDE que representen un sistema clásico de salud.

5.2 Equidad en el acceso a la salud

Diferentes informes describen las principales características del sistema de salud de cada país, la cobertura de los aseguradores y otras instituciones, y la financiación y la prestación de los servicios. También revisan las fortalezas y debilidades del sistema de salud desde las perspectivas de calidad, acceso, eficiencia y sostenibilidad. Sin embargo, para realizar una buena evaluación del desempeño del sistema de salud se requieren mediciones (Berman & Bitran, 2011). Se considera que el acceso se constituye como un elemento central para el logro de la equidad, al igual que la cobertura universal (OPS, 2007).

Recordemos que, conforme a la definición clásica de equidad de Whitehead y Braveman, la equidad en salud se medirá por el nivel de desigualdades injustas; es decir, para determinar el grado de equidad medimos las desigualdades. Así la "equidad de acceso" se determinará por el grado de "inequidad" que existe cuando la "raza", el nivel de ingresos o el nivel de

cobertura de un seguro sean predictores importantes del acceso realizado (Andersen et al., 1983).

Por ejemplo y por lo visto hasta el momento, el intento de reformar el sistema de salud de los Estados Unidos con el predominio del mercado y los seguros privados ha sido fallido: las desigualdades de salud persisten, pero aún con cobertura universal no estaría garantizada la equidad en el acceso, tal como ha sucedido en Colombia. Aquí es importante resaltar que en las reformas se requiere además un cambio de fondo en los paradigmas, y, en el caso de la evaluación de la equidad de acceso, los fundamentos conceptuales de la justicia distributiva contractualista pueden representar una buena alternativa de enfoque.

Desde la perspectiva liberal para la salud, la justicia distributiva arguye también la mínima interferencia del Estado en la organización y prestación de la atención médica, maximizando la libertad de elección y los derechos individuales. En este marco, los indicadores de acceso se basan en la libertad de elección de la disponibilidad de recursos sanitarios de médicos de atención primaria o especialistas, de hospitales y proveedores de atención médica. En este sentido, la libertad de elección no solo funciona sobre la provisión de personal o instalaciones, sino que debería extenderse hasta la disponibilidad de horarios, o aún los medios de transporte (Aday, 2004).

La libertad verdadera del contractualismo llega hasta el punto de no tener que disponer de los recursos personales para acceder a la atención médica de calidad, porque es un derecho al que todos deben acceder en igualdad de oportunidades. La calidad en este aspecto es inherente a la prestación de servicios y no debe ser un elemento de elección. La perspectiva liberal utilitarista de la equidad también reconoce el acceso realizado como producto de las intervenciones costo-efectivas. En los servicios preventivos como vacunas, atención oportuna y adecuada para enfermedades agudas o crónicas también se ha evidenciado el impacto resultante de las disparidades en el acceso, en la calidad y efectividad de la atención por raza / etnia, estatus socioeconómico y urbano-rural, y lugar de residencia (Aday, 2004).

Como principio del concepto igualitario de justicia es importante resaltar que iguales necesidades de salud no deben tratarse con distintos tipos de servicios. La edad, el sexo, la raza, el ingreso, o el tipo o la cantidad de cobertura de seguro no deben diferenciar la atención

de las personas con necesidades similares. Desde un punto de vista igualitario, la perspectiva de que todos los individuos son de igual valor y deben ser tratados por igual es de primordial importancia. En ese sentido, la igualdad procesal, que describe Robert Veatch (1981, 1989), garantiza la igualdad de oportunidades para que cada individuo obtenga atención, independientemente de sus características personales. La igualdad sustantiva minimiza los diferenciales de estado de salud o las variaciones entre grupos, tales como las disparidades en la mortalidad infantil entre diferentes países.

Así entonces, desde el punto de vista del liberalismo igualitario, los parámetros de medición del acceso universal a la salud deben considerar la evaluación de las oportunidades y no de los resultados. Debe enfocarse en las variables que evalúen la entrada a los servicios médicos en aspectos individuales, colectivos, demográficos y de cobertura del sistema de salud; así como la igualdad de condiciones en la distribución de la renta nacional para la salud y las características de la oferta para asegurar equidad en el acceso. La evaluación de los resultados implica aspectos de la política social que serán más centrales desde otras perspectivas como la comunitaria o socialista, dentro de los que están la evaluación de los sistemas de salud por sí mismos, y que superan las variables que determinan un servicio de salud, buscando resultados a partir de condiciones derivadas de la política social.

En este sentido, teniendo en cuenta el paradigma liberal igualitario, además de ser necesario contar con indicadores sociales de acceso que permitan conceptualizar y medir el acceso al uso de los servicios con relación a la necesidad, a la satisfacción del consumidor, y en términos de factores socioeconómicos para el cliente (Penchansky y Thomas, 1981), es primordial una evaluación bajo el criterio de igualdad de oportunidades.

Nuestras mediciones pretenden tener un parámetro de comparación de acceso con base en algunos indicadores de desempeño entre los países seleccionados bajo la perspectiva rawlsiana. Sin embargo, debe recordarse a lo largo del capítulo, que el objetivo específico no es el análisis empírico de los sistemas de salud, sino el establecimiento de un marco conceptual para la comparación del acceso.

Wendt (2009) plantea que en un Estado sanitario se deben tener en cuenta tres ámbitos gobernantes: consumo, provisión y producción. En el caso de la provisión de servicios es

muy importante ver cómo se facilita el acceso a los servicios de salud. En este sentido, la satisfacción se ha convertido en un marcador para la medición del acceso: la insatisfacción con un sistema de atención de la salud parece estar siempre relacionada con los elementos organizacionales de la provisión como listas de espera y limitaciones relacionadas con la accesibilidad. Por ejemplo, la menor satisfacción de la población de los sistemas de salud universalistas puede atribuirse a la existencia de listas de espera y las limitaciones en la accesibilidad de la atención secundaria, como en el sistema de remisiones (van der Zee, & Kroneman, 2007).

Para Andersen (1983) las medidas de calificación de los servicios médicos no necesariamente se correlacionan con medidas de acceso individuales. Para este autor, cualquiera de las dimensiones de acceso influiría en el sistema de tres maneras medibles: la utilización de los servicios, la satisfacción y los patrones de prácticas de los proveedores. Así mismo, la satisfacción del uso del servicio se confunde con la calidad una vez se ha accedido al servicio o puede medir el grado de dificultad de acceso por la distancia o el tiempo. Una vez se ha accedido al sistema, entonces aplican otras variables como las tasas de utilización.

Además, el sistema de salud como cualquier otro bien sujeto de explotación comercial, o aún como un bien público, genera procesos de satisfacción de deseos, que se enmarcan en las características de la calidad o de una marca específica en la prestación de los servicios médicos, más que con los determinantes de acceso al sistema. Sin embargo, desde la perspectiva de liberalismo igualitario el acceso apuntaría a proporcionar las mismas oportunidades para la atención de las necesidades de los consumidores potenciales en todos los niveles de atención en salud. Esto a través de la disponibilidad de los recursos y la asequibilidad, independiente de quien sea el proveedor o el asegurador o de su posicionamiento.

Por lo tanto, ha sido difícil medir objetivamente los criterios de potencial de acceso, lo que hace que las estadísticas se basen más en los determinantes subjetivos de la calidad, como la satisfacción con el servicio, que con variables de acceso realizado.

Sin embargo, existen determinantes objetivos del acceso potencial para las poblaciones específicas y a nivel individual. En el primer caso están basados en la provisión de servicios tales como la disponibilidad de médicos, el número de camas de hospital o de dentistas por población. Los determinantes del acceso potencial a nivel individual se centran en las variables demográficas que indican la predisposición a la enfermedad o la "propensión" a usar los servicios. Estos incluyen factores como el costo de los servicios, los seguros médicos y la organización, así como la edad, sexo, carrera, educación, ingresos, seguro hospitalario, seguro dental, costo de visitas, proveedor privado, especialidad del proveedor, tiempo de viaje, hora de la cita, tiempo de espera y tiempo con el médico general (Andersen et al., 1983).

El acceso a la atención médica es un proceso complejo y de etapas múltiples que comienza con la necesidad, pasa a la demanda y finaliza con la recepción de atención médica por parte de los proveedores. La necesidad surge con el problema de salud. La demanda⁵ aquí se define como el proceso en el que se decide buscar servicios de atención médica. Esta, a su vez, depende del ingreso en relación con los costos de la atención, la gravedad percibida de los problemas de salud y la disponibilidad de los proveedores (Aday & Andersen, 1974).

Al reconocer su naturaleza compuesta, Penchansky y Thomas (1981) describieron el concepto de acceso y propusieron cinco dimensiones más manejables analíticamente: disponibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, acomodación y accesibilidad. *La disponibilidad* se entiende como el volumen de recursos en relación con los clientes y el tipo de necesidades; también se refiere a la capacidad de producción. *Asequibilidad* es la relación entre los precios de los proveedores y los servicios y el seguro de salud. *La aceptabilidad* es la actitud adoptada por los clientes y proveedores del personal por edad, género, etnia, religión o instalaciones. *La acomodación* está relacionada con la forma en que se organiza el suministro de recursos, por ejemplo, el sistema de citas o centro de contacto. *La accesibilidad* se

⁵ Aunque desde el punto de vista económico la demanda en salud es de carácter exógeno debido a que la mayoría de las decisiones relacionadas con la cantidad y el tipo de consumo son tomadas por el médico y no por el paciente, y las restricciones económicas de precios, riqueza y renta no son una barrera tan efectiva como en el consumo de otros bienes (Chicaiza, 2005), los principales investigadores del acceso a la salud, la definen como el proceso en el que se decide solicitar los servicios.

entiende como la ubicación, la distancia, el transporte y el tiempo para obtener recursos de salud. (Penchansky y Thomas, 1981. Pág.). Como se describió anteriormente, "acceso" también ha sido sinónimo de "uso", porque se infiere que el uso de servicios de salud por parte de un individuo es evidencia de que ha podido acceder a estos servicios (Allin et al., 2007). Sin embargo, es importante diferenciar entre el acceso potencial y el real. El acceso potencial se define como la oportunidad de acceso dependiendo de la presencia de recursos habilitadores tanto en la demanda (por ejemplo, ingresos y seguros) como en la oferta (disponibilidad de proveedores e instalaciones). Por lo tanto, el acceso potencial aprovecha las dimensiones de disponibilidad y asequibilidad del acceso, es decir, las condiciones que deben cumplirse antes de que pueda tener lugar el uso (Penchansky y Thomas, 1981; Andersen y Newman, 2005). El acceso realizado, por otro lado, se define como el uso real y la satisfacción con los servicios de salud (Andersen et al., 1983).

De acuerdo con el modelo conductual de la utilización de los servicios de salud de Andersen, el uso de los servicios de salud está determinado por la dinámica de tres grupos de factores: factores predisponentes, factores habilitantes y la necesidad. En el modelo de Andersen, el acceso se considera tanto una entrada potencial como concreta en el sistema de atención médica y la recepción de atención médica efectiva y eficiente (Davidson, Andersen y Brown, 2004).

Los determinantes de Andersen abarcan tanto la oferta como la demanda. Los factores del lado de la demanda (predisponentes) incluyen la estructura social, las creencias y la demografía (edad, sexo, nivel de educación, religión y etnia). Dentro de los factores habilitantes se encuentra el ingreso y el seguro de salud. La necesidad incluye factores como el nivel de enfermedad. Aquí es importante destacar que la demanda también depende de la disposición de la persona para usar los servicios. Por el lado de la oferta, factores como el nivel y la distribución geográfica de las instalaciones (por ejemplo, número de camas de hospital per cápita) y del personal (número de médicos por cada 1.000 habitantes) y los precios de los servicios de salud son factores habilitantes clave (Andersen y Newman, 2005; Allin et al., 2007).

Los tres grupos de factores del modelo conductual de la utilización de los servicios de salud de Andersen son predictores del acceso a nivel individual (Andersen, 1968, 1995). Sin

embargo, existen otras variables comunitarias que capturan el entorno social, económico, estructural y de políticas públicas en el que se produce el acceso, que son contextuales para un área geográfica definida (Phillips et al. 1998, Andersen y Davidson 2001).

Estas variables comunitarias o colectivas miden las características de la población, como los seguros, el apoyo de las políticas públicas para las poblaciones de bajos ingresos y la estructura del mercado de servicios de salud (por ejemplo, número de camas de hospital per cápita) y personal (número de médicos por cada 1.000 habitantes) y otras medidas económicas relacionadas con el acceso a la salud, como la tasa de desempleo en un área geográfica. (Davidson et al. 2004).

Con relación a la equidad, encontramos que el acceso equitativo se ha definido tradicionalmente como algo que ocurre cuando las características demográficas, como la edad o la distancia a la atención médica, son las variables que las predisponen a la mayor parte del uso; mientras que el acceso no equitativo se produce cuando la estructura social, las creencias sobre la salud y los recursos habilitantes determinan quién recibe atención médica (Andersen, 2008). Sin embargo, en la práctica, esta conceptualización ha llevado a un énfasis desproporcionado en el acceso realizado (Babitsch, Gohl y von Lengerke, 2012). Tal énfasis enmascara las desigualdades potencialmente mayores en el acceso potencial, como explicamos a continuación.

Al medir la inequidad en el acceso realizado, el estado de acceso potencial en el grupo sin acceso realizado permanece ambiguo. Por ejemplo, no tener visitas al médico no necesariamente descarta la posibilidad de tales visitas en el futuro. Para tener una comprensión más matizada de la equidad en el acceso, también se debe considerar el acceso potencial. El análisis de la inequidad en el acceso potencial también proporciona una medida directa del grado en que el sistema de salud garantiza la "igualdad de oportunidades" o "igualdad de acceso para igual necesidad" (Allin et al., 2007).

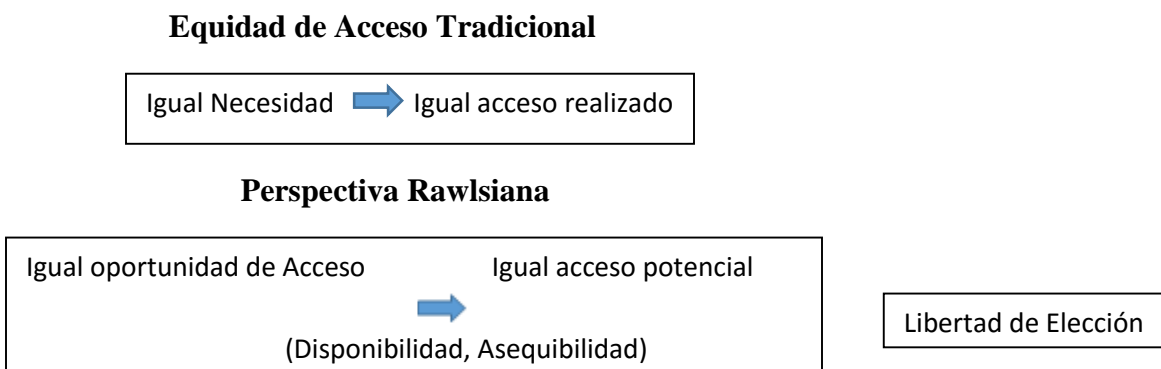
Hasta ese punto, la teoría contractualista de John Rawls proporciona un marco teórico útil.

5.2.1 Análisis de las características individuales de acceso.

A nivel individual, es importante tener en cuenta que la igualdad de oportunidades no implica que los resultados sean los mismos, ya que los individuos tienen la libertad de elegir entre diferentes alternativas. Esta dimensión de la teoría de Rawls es consistente con la noción igualitaria liberal en la que los comportamientos son expresiones de la libertad de elección a la que los individuos tienen derecho. Un corolario de la noción de justicia de Rawls es que la medición del acceso universal a los servicios de salud debe considerar principalmente la evaluación de oportunidades, más que de resultados (Olsen, 2012). En otras palabras, la evaluación de la equidad en el acceso debe enfatizar más en el acceso potencial que en el acceso realizado.

Es importante darse cuenta de que el acceso potencial es "potencial" principalmente porque se deja en manos de las personas elegir libremente si se realiza ese acceso, y más en una sociedad que pretende garantizar la igualdad de oportunidades, lo que significa que pueden proceder a la utilización con un mínimo impedimento. Por ejemplo, el acceso potencial ideal significa que uno puede, con barreras mínimas, elegir libremente ir al médico o no (Figura 5-1).

Figura 5-1: *Perspectivas del Acceso a la salud.*

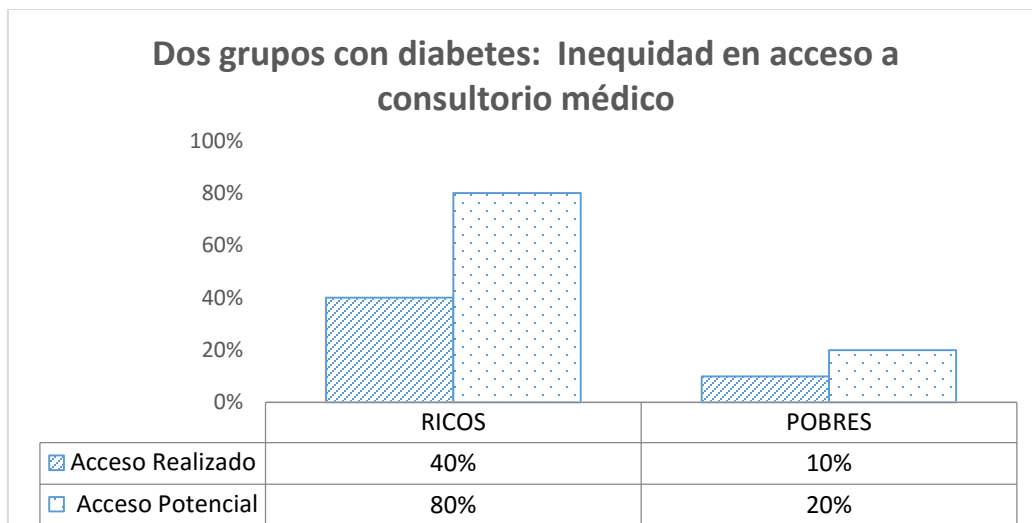


A partir de esta figura, imaginemos también dos personas, un hombre rico con seguro de salud y un hombre pobre sin seguro, ambos de edad promedio que tienen una fuerte gripe. El

hombre rico accede a la atención médica, le ordenan los laboratorios, lo diagnostican y le dan la medicación. El hombre pobre no accedió al médico y no recibió tratamiento, pero compró medicamentos contra la gripe y los tomó. Al final, ambos mejoraron. De acuerdo con el análisis de equidad de acceso tradicional, hubo desigualdad de uso, pero solo se muestra por las medidas de acceso llevadas a cabo para el hombre rico y asegurado, y su satisfacción con el servicio. No hay registro del rechazo del sistema de salud por parte del hombre pobre. Desde el punto de vista del liberalismo igualitario, hubo desigualdad de acceso entre el hombre pobre y el hombre rico, pero también la falta de recursos y acceso a la atención médica del hombre pobre. Pensemos qué pasaría si el hombre pobre y el hombre rico tuvieran un voucher que garantizara la entrada al sistema.

Para ilustrar las implicaciones de enfatizar la equidad en el acceso potencial, considere la siguiente situación (Figura 5-2). Imagine dos grupos de personas diagnosticadas con diabetes, una con altos ingresos y la otra con bajos ingresos. Del grupo rico, mientras que el 80% podría haber ido al médico (es decir, tenía acceso potencial), solo el 40% realmente lo hizo. En el grupo pobre, solo el 20% podría haber accedido, pero solo el 10% realmente lo hizo.

Figura 5-2: Ejemplo del análisis comparativo entre el acceso potencial y el acceso realizado.



Desigualdad de acceso realizado= $40 - 10 = 30\%$ pacientes

Desigualdad de acceso potencial= $80 - 20 = 60\%$ pacientes

La comparación de las tasas de acceso realizado entre los ricos y los pobres nos dice poco sobre la igualdad de oportunidades de acceso o su imposibilidad. Sin embargo, teniendo en cuenta el papel de la elección y el hecho de que la elección está mucho más restringida en el grupo pobre debido a la asequibilidad, la disponibilidad y otras causas, esperaríamos que alrededor del 80% de los ricos tuviera oportunidad de acceder frente a solo el 20% de los pobres. Sin embargo, la disparidad en el acceso potencial reflejará la magnitud de la igualdad de oportunidades porque incorpora elementos de elección potencial y la oportunidad de acceso restringido debido a los problemas de asequibilidad y disponibilidad de la asistencia sanitaria entre los pobres. La medición de la inequidad en el acceso utilizando medidas de acceso potenciales está teóricamente bien fundamentada, y dará una imagen más precisa de la inequidad en el acceso general.

De manera más general, si la elección impulsa la utilización en cierta medida, y la elección está mucho más limitada entre los pobres, las desigualdades en el acceso potencial siempre serán mayores que las desigualdades en el acceso realizado, independientemente de si esas desigualdades se miden en las escalas absolutas o relativas. La igualdad de oportunidades y la libre elección son elementos importantes de la justicia en el cuidado de la salud, tal como lo concibió Rawls.

5.3 Análisis del acceso colectivo en Colombia y otros países de la OCDE

En términos generales, las mediciones necesarias para la disponibilidad de la oferta se centran en el número de especialidades médicas y las surgidas a través de nuevas tecnologías biomédicas; en la distribución de la medicina general y de especialidades, y el incremento del número de especialidades y subespecialidades. Igualmente, es necesaria en el análisis la diferenciación entre las instituciones sanitarias: diferenciación de los hospitales por especialidad como medicina general, pediátrica, quirúrgica, ginecoobstetricia, etc. y los diferentes tipos de camas hospitalarias disponibles en el país. También, se consideran los diferentes servicios que se prestan solo en consultorios médicos, quirúrgicos, pediátricos,

obstétricos, psiquiátricos y odontológicos. Hay una creciente tendencia a nivel mundial al "especialista en generalidades" o el familiar (Field, 1973).

Otras medidas incluyen las mediciones de acceso geográfico, incluyendo las proporciones de médicos por población o la distancia media viajada para acudir al médico más cercano; así como la confirmación general que los residentes de las áreas metropolitanas tienen mejor acceso geográfico a los médicos. En este sentido, las proporciones de médicos por población muestran el mayor grado de disparidad geográfica rural y urbana, las zonas rurales colindantes a las áreas metropolitanas tienen menor proporción de médicos por área que las no adyacentes. La base utilizada por *Federal Register* de 1993 en los Estados Unidos para identificar el déficit de oferta de médicos se determina por "una carga que excede a 3.500 pacientes por médico de atención primaria en un área debidamente definida, en ausencia de circunstancias agravantes o un amplio suministro de médicos en un área inmediatamente adyacente".

Regularmente desde la teoría económica neoclásica concluiremos que son las fallas del mercado o la regulación, quienes influirían sobre la oferta y demanda del cuerpo médico, pero los estudios demuestran que a medida que las especialidades se expanden, los médicos se ubican en las comunidades más pequeñas sin atención de la especialidad o donde sus colegas ya están practicando. Sin embargo, por el volumen de la demanda, los residentes de las áreas metropolitanas generalmente tienen mejor acceso geográfico a los médicos, que los residentes de áreas no metropolitanas (Rosenthal, Zaslavsky, & Newhouse, 2005).

Para el propósito de comparación de acceso en salud entre los países, la variable de distancia al punto de atención no pertenece a las dimensiones de disponibilidad ni asequibilidad, lo cual la aparta de la fórmula general de comparación de acceso potencial. Sin embargo, se resalta su importancia en la igualdad de oportunidades para lograr la equidad en acceso, que puede resolverse con un adecuado volumen de especialistas que aumenten la oferta en las diferentes zonas rurales. Igualmente, hay otras variables a considerar como las barreras de orden cultural y lingüístico. Por lo tanto, se reconocen las dimensiones de acomodación o aceptabilidad como factores importantes de acceso a la salud, pero no se incorporarán en este caso dentro del análisis por su subjetividad o dependencia en alto grado de otras variables de acceso.

Para cumplir con el propósito, consideraremos los parámetros de medición de oferta de capacidad profesional del sistema. Las medidas más comunes encontradas se basan en el volumen de médicos y el número de camas hospitalarias per cápita. Además, considerando la problemática de acceso expuesta por los diferentes investigadores para Colombia y otros países, se evidencia una concentración mayor en las dimensiones de disponibilidad y asequibilidad; por lo que se tomarán en cuenta estas dos dimensiones para comparar el acceso potencial. En la sección siguiente, utilizamos este marco contractualista para caracterizar la equidad en el acceso potencial en Colombia en relación con los países representantes de los modelos de sistemas de salud pertenecientes a la OCDE, incluidos los Estados Unidos (EE. UU.), Reino Unido, Alemania, Francia, Singapur y Chile. La inclusión de Chile se hizo porque es un país de la OCDE con un sistema de servicios de salud similar al de Colombia.

Nos centramos en las medidas de disponibilidad y asequibilidad de la atención. Las medidas de disponibilidad más frecuentes a nivel colectivo se basan en la cantidad de profesionales y camas de hospital per cápita. Para la asequibilidad, se utilizan comúnmente los niveles de aseguramiento en salud. Por lo tanto, consideramos para todos los países las siguientes variables de acceso potencial: número de camas de hospital y número de médicos por cada 1000 habitantes, cobertura como porcentaje de la población con seguro de salud e índice de desigualdad de ingresos de Gini. Del mismo modo, también medimos el acceso realizado a través de pagos de bolsillo, el gasto total invertido en salud y las visitas anuales promedio al médico per cápita. Lo anterior, con el propósito de identificar recomendaciones para un mejor desempeño en Colombia y países latinoamericanos similares. (Tabla 5-1).

El coeficiente de Gini es el más utilizado en estudios sobre distribución del ingreso y permite hacer comparaciones. Este indicador tiene las siguientes ventajas: presenta insensibilidad ante cambios proporcionales en el ingreso; la ponderación que realiza dicho indicador cumple con el principio de Dalton, el cual establece que, si hay una transferencia de ingreso de una persona a otra de más bajo ingreso y se reduce la desigualdad. (Vargas, 2004).

Tabla 5-1: Variables relacionadas con el acceso en salud para países de la OCDE.

Criterio de Acceso	USA	UK	Alemania	Francia	Singapur	Colombia	Chile
Camas hosp /1000 personas	2.49 ^d	2.8 ^a	6.11 ^c	4.07 ^c	2.0 ^a	1.5 ^j	2.01 ^c
Médicos /1000 personas	2.57 ^d	2.81 ^b	4.14 ^c	3.14 ^b	2.3 ^g	1.83 ^d	1.9 ^j
Cobertura % Aseguramiento	91 ^b	100 ^c	100 ^c	99.9 ^b	100 ^a	96.6 ^d	92.9 ^b
Equidad (Gini País)	0.39 ^c	0.36 ^c	0.28 ^d	0.29 ^d	0.45 ^k	0.51 ^f	0.45 ^c
Porcentaje of PIB Gasto Salud %	17.2 ^b	9.7 ^b	11.3 ^b	11.0 ^b	4.9 ^h	7.2 ^d	8.5 ^b
Gasto de bolsillo % (Total Salud)	11 ^e	9.7 ^e	13.2 ^e	6.3 ^e	54.8 ^e	15.4 ^e	31.5 ^e
Consultas/visitas per capita	4 ^j	5 ^j	10 ^c	6.3 ^d	1.7 ⁱ	4.7 ^j	3.4 ^d

NOTA: Variables para comparar el acceso potencial y el acceso realizado de los países de la OCDE con respecto a Colombia.

- a. <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
- b. 2016
- c. 2015
- d. 2014
<http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.TOTL.ZS&country=PAN>
- e. 2014
- f. 2015
- g. https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/statistics.html 2016
- h. <http://www.who.int/countries/sgp/en/>
- i. OECD. (2014). *Health at a Glance: Asia/Pacific 2014*, 62-63
- j. OECD. (2015). *Health at a Glance 2015*, 81,101,105.
- a. STATISTICS SINGAPORE. *Key Household Income Trends*, 2016

Según Bambra (2014), la «desmercantilización de la salud» puede definirse en términos de la medida en que el acceso de un individuo a la asistencia sanitaria depende de su posición en el mercado y de la medida en que la prestación de servicios de salud de un país es independiente del mercado”. (Wendt, 2009).

Pero desde el punto de vista del liberalismo igualitario no se estigmatiza, ni se castiga el concepto de la salud como un mercado, toda vez que pueden darse condiciones de alta calidad o complejidad, a las que se acceda solo por el esfuerzo y mérito de cada individuo en el ejercicio de su derecho de libertad, y siempre que no se haya desatendido la justa distribución de las oportunidades. Así, ya sea por financiación privada o por el sistema público de financiación estatal debe garantizarse el acceso a la salud de manera equitativa. Estos dos

esquemas de financiación se han visto hasta el momento como las dos únicas tendencias en las que se puede inscribir un sistema de salud, pero se ha demostrado además que según el tipo de sistema de salud se favorece o desfavorece la equidad en el acceso por nivel de ingresos, siendo desfavorable en el caso de los sistemas con financiación privada (National Healthcare Quality and Disparities Report, 2015).

Aunque cada país tiene un sistema de salud con características diferentes, nuestras comparaciones se enfocarán en los siguientes países, representativos de los tipos de sistemas de salud: Estados Unidos que representa el Seguro voluntario y los Programas residuales (por ejemplo, el Medicaid), Francia y Alemania como modelos del Seguro social de salud (SHI), el Seguro Nacional de Salud Obligatorio en Colombia y Singapur y finalmente, el sistema universalista (NHS) en el Reino Unido.

5.3.1 Equidad en el acceso en Colombia

Según la ENCV en 2016, el 95,4% de la población estaba cubierta por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través del RC y del RS en proporciones iguales. Se permite la afiliación en un seguro privado (salud prepagada) para cobertura adicional, pero se requiere la afiliación con el RC. Además, existen pequeños regímenes de financiamiento residual para el personal militar (2%) y los docentes públicos (2%). Alrededor del 1% de la población sigue sin seguro. La Organización Mundial de la Salud había clasificado el sistema de salud en Colombia en primer lugar, con referencia a la equidad de las contribuciones financieras (Armada, Bonet & Navarro, 2001). Sin embargo, la equidad en el acceso sigue siendo un desafío en Colombia.

Según Ayala (2014), el acceso general a la atención médica en Colombia entre las poblaciones aseguradas y no aseguradas disminuyó en términos absolutos en alrededor de 3.6% entre 1997 y 2012. Los no asegurados tenían menos probabilidades en 16.1 puntos porcentuales (PP) de acceder a la atención médica que miembros del RS, y 22 PP menos probabilidades de tener acceso que los de la RC; con el acceso definido como la capacidad de utilizar atención médica cuando sea necesaria.

Según Restrepo et al., (2014), el acceso a los servicios de salud es uno de los retos más importantes que tienen los sistemas de salud de los países de mediano y bajo ingreso, entendido como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica (Frenk, 1985). La preocupación mundial por el acceso se encuentra en la agenda mundial y hace énfasis en el acceso efectivo en términos de garantizar prestaciones médicas y protección financiera a toda la población. Para hacer realidad la universalidad de la salud, el acceso es un tema de prioridad según el informe sobre la salud en el mundo 2013, así mismo en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 se reconoce que, si bien la cobertura del sistema es casi universal, existen barreras que impiden que los usuarios puedan acceder. En Colombia las principales barreras se dan tanto en el acceso inicial como al solucionar los problemas de salud, y constituyen en su mayoría barreras de tipo geográfico, económico y las relacionadas con las autorizaciones por parte de las EPS. Las estrategias que solventan algunas barreras son 1) urgencias, 2) tutela, 3) acudir a funcionarios “puente”, con buena disposición y contactos, 4) acompañamiento de líderes locales con conocimiento, 5) esfuerzo de profesionales de salud para ayudar, por ejemplo, al transporte de pacientes, 6) estrategias de IPS para aumentar oferta y extender horarios, asignar citas prioritarias a doctores que tuvieron inasistencia en citas programadas, y 7) atención privada. Las barreras que pueden atribuirse al sistema son “disponibilidad de profesionales o de servicios”, “red insuficiente de la EPS”, “oportunidad de citas”, “barreras administrativas” y “capacidad de resolución”. El determinante del acceso que se presentó de manera más constante en este estudio fue el de la distancia geográfica, los usuarios recurren al apoyo de conocidos y familiares, ya sea para que proporcionen el transporte, la compañía o el préstamo del dinero necesario para el desplazamiento, o para pagar algunos exámenes de manera particular, ya que el desplazamiento al lugar donde el servicio se ofrece puede salir más costoso, por los tiempos y por los gastos de desplazamiento. Otras barreras fueron no poder acceder a una cita por los largos períodos de espera, y la solución es acudir al farmacéutico o a un tégua para sostenerse mientras pueden acceder a la cita médica o con el especialista, lo que genera problemas en la continuidad de la atención. (Restrepo et al, 2014).

Existen procesos dentro del sistema que limitan el uso de los servicios. Por ejemplo, el proceso de remisión puede afectar el acceso: para ir a un médico especialista se requiere la

remisión del médico general; para una orden de laboratorio clínico o de radiología especializada se requiere la solicitud de un médico tratante contratado por la entidad de aseguramiento; una orden de tratamiento hospitalario no urgente requiere autorización previa y deben cancelar una cuota moderadora por esa valoración, por la consulta especializada, por los exámenes de laboratorio clínico, por procedimientos de radiología especializada y la hospitalización. El tiempo de desplazamiento, el permiso para asistir al servicio de salud en el caso de los cotizantes y el costo de transporte también pueden afectar el uso efectivo de los servicios del seguro obligatorio, convirtiéndose en barreras administrativas y económicas directas o indirectas. También las cuotas moderadoras que buscan regular la utilización del servicio y los copagos que apoyan la financiación, son aportes que pueden impedir el acceso al servicio por ingresos. (Chicaiza, Rodríguez & García, 2006).

Carrin y Politi (1999) citados en Ospina demuestran con evidencias empíricas la relación directa entre ingresos y acceso a los servicios de salud y comprueban que los mayores niveles de ingreso incrementan las oportunidades de las familias para mejorar su atención en salud, y de manera consecuente, mejorar su estado de salud. (Ospina, 2008). En Colombia, para el año 2010, entre quienes presentaron un problema de salud aproximadamente el 21.38% no utilizó los servicios: 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87.2% por las barreras de demanda. La falta de dinero fue un determinante importante como barrera al acceso tanto para la población con seguro de salud (14.4%), como para la población sin él, 50.24%. (Rodríguez, 2010).

El sector formal (trabajadores con contrato fijo) ofrece un mayor acceso potencial a los servicios de salud que el sector informal (trabajadores temporales o por contrato de servicios). Las medidas de empleo formal en las áreas rurales son significativamente más bajas que en las áreas urbanas; mientras que el 38% de los trabajadores en las 13 áreas metropolitanas principales hacen contribuciones tanto a la salud como a las pensiones, solo un 10% lo hace en las áreas rurales. Aunque estos resultados preliminares sugieren que las personas más vulnerables tienen más probabilidades de ser trabajadores informales, algunas evidencias adicionales sugieren dos hechos. Primero, parte del empleo informal parece ser,

el resultado de la falta de mejores oportunidades, mientras que parte del mismo se debe a la elección individual de los trabajadores (Raquel Bernal, 2009).

Aquellos con cobertura bajo RC tienen 5.9 PP más acceso, y los del régimen especial residual (maestros públicos) tienen 9.7 PP más acceso que aquellos en el sector informal. Por condición socioeconómica, el estrato de mayor ingreso tuvo una mayor probabilidad de acceso de 12,9 PP que los de ingreso bajo y una probabilidad más alta de 0,7 PP que los de ingreso medio. Las mujeres tenían una probabilidad de 2.2 PP mayor de acceder a los servicios hospitalarios que los hombres. También hubo una menor probabilidad de 3.3 PP de acceso a la atención médica para aquellos que pertenecen a grupos étnicos y afrocolombianos en Colombia (Ayala, 2014).

En 2011 la distribución de la membresía por quintiles de ingreso fue la siguiente: Q más pobre: 28.4% en el RS y 3.7% en el RC; Medio Q (medio): 19.9% en el RS y 15.2% en el RC; Q más rico: 9.8% en el RS y 46.7% en el RC. El estudio de Guerrero y Trujillo (2014) también mostró que los pobres tienen 3,7 PP menos posibilidades de estar asegurados bajo el RS, así como los indigentes 6,81 menos PP. Ser extremadamente pobre o cabeza de familia también se asoció con una menor probabilidad de cobertura bajo el RS. Ser mujer, ser viejo, estar en el área rural y ser analfabeto se asociaba con mayores probabilidades de cobertura por el RS.

El crecimiento de la afiliación del RC se ralentizó en la última década con una mayor flexibilidad laboral, arreglos de trabajo informal y la difusión de diferentes formas de contratación indirecta a través de cooperativas y trabajadores temporales. Desde entonces, ha habido un aumento en la cobertura bajo el RS, pero con problemas en la asignación de subsidios debido a problemas de diseño técnico en la prueba de medios *proxy* llamada Sistema de Identificación de Beneficiarios del Servicio Social (SISBEN). Esos defectos de diseño dieron como resultado una manipulación de datos, quitando el subsidio al 28% de los elegibles para recibirlo, mientras que el 22.5% de los que reciben subsidios no son pobres (Bejarano y Hernández, 2017). Las curvas de concentración también muestran que la distribución de utilización de los servicios ambulatorios especializados es regresiva, con solo 16% de probabilidad de acceso para aquellos en el quintil más pobre, en comparación con 28% para aquellos en el quintil más rico. Los servicios hospitalarios son más equitativos,

siendo para el quintil más pobre del 18% y el más alto del 21%, aunque el 30% de la población informa que no usa los servicios (Bernal & Montenegro, 2013).

Los resultados de los estudios anteriores muestran una desigualdad significativa en el acceso potencial por ingreso en Colombia. En cuanto al tamaño de la oferta, la falta de centros de servicio o la mala calidad del servicio también podrían explicar el acceso reducido. Por ejemplo, las personas que viven en áreas rurales tenían 3.8 PP menos de acceso que las que viven en áreas municipales (Ayala, 2014). De acuerdo con el estudio UNICO del Banco Mundial (2013) existen importantes deficiencias en el suministro de servicios en Colombia. El 70% de los proveedores de servicios de salud se concentran en las zonas urbanas. Las ciudades tienen hasta 23 veces más médicos que municipios; el número de camas de hospital ha disminuido y la tasa de ocupación aumentó del 80.1% desde 1996 al 86.2% en 2006.

Estudios recientes en Colombia también reportan un déficit especialmente significativo en el suministro de atención primaria para la promoción y prevención de enfermedades y la disponibilidad de redes de diagnóstico y atención (Gómez, 2005; Guzmán, 2014). Por ejemplo, una investigación realizada por Arivillaga (2016) encontró que el acceso a servicios preventivos solo alcanzó el 44%, siendo mayor para niños menores de un año y niños de hasta diez años. Se experimentaron retrasos en las visitas médicas con médicos generales y especialistas. Además, este estudio mostró que la promoción de servicios disminuyó con la edad, y que hubo un mayor acceso a los servicios de emergencia y hospitalización que a la consulta médica general (Arivillaga, 2016). Estos déficits de oferta socavan los beneficios de la cobertura universal en Colombia.

5.3.2 Equidad en el acceso en Chile

El sistema de salud chileno se divide en dos componentes organizacionales: un sistema público y uno privado. El sistema privado se llama Institución de Salud Previsional (ISAPRE) y está respaldado por instituciones de seguridad social y pagos directos a proveedores médicos u hospitales privados. El sistema público está organizado en torno al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los trabajadores pagan el 7% de su salario, ya sea a ISAPRE o a FONASA, con el que adquieren la cobertura. Los miembros de ISAPRE pueden pagar un monto adicional para acceder a una mayor cantidad de servicios o copagos más

bajos. Los trabajadores afiliados a FONASA reciben servicios a través del sistema público de prestación institucional o a través de proveedores privados de su elección. Aquellos que tienen cobertura de salud con el sistema institucional reciben el servicio en clínicas de salud municipales u hospitales públicos. Con un copago que oscila entre el 25 y el 50% del valor establecido por FONASA, los beneficiarios también pueden recibir el servicio de proveedores privados registrados. Los pobres reciben atención en el sistema público sin copago. El sistema de salud pública se caracteriza por instalaciones inadecuadas, la falta de médicos generales, especialistas y largas esperas. Sin embargo, responden con prontitud a las emergencias, y esto parece correlacionarse con indicadores positivos sobre el estado de salud de la población chilena (Olavarría, 2005). A diferencia de Colombia, en el sistema privado conformado por las ISAPRE, exigen al solicitante de afiliación a los seguros de salud privado, la Declaración de Salud en la que deben registrar las enfermedades previamente, para poder aceptar o rechazar la incorporación de una persona, constituyendo preexistencias. Así venden múltiples planes de salud con diferentes coberturas de riesgo, evitando la vinculación de ancianos y enfermos crónicos o víctimas de enfermedades de alto costo. (Vargas, 2004). Desde el año 2014, el embarazo dejó de considerarse preexistencia en Chile.

Los resultados del estudio de Olavarría (2005) indican que los pobres, casi pobres y las personas de las zonas rurales tienen una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud. Las mujeres tienen una mayor probabilidad de acceso a la atención médica. En 2005, la distribución de la cobertura de seguro por quintiles de ingreso fue la siguiente: quintil más pobre: 34% en FONASA y 3,1% en ISAPRE; Quintil medio: 49.8% en FONASA y 17.6% en ISAPRE; El quintil más rico: 27.1% en FONASA y 54.2% en ISAPRE. En 2009, entre los del quintil de ingresos más pobres de Chile, el 52.1% tenía atención pública gratuita, el 41.3% tenía acceso con un copago y el 6.24% usaba proveedores privados (Cabieses et al., 2012). El sistema de salud chileno se centra en el nivel hospitalario y los médicos ejercen mayoritariamente la atención secundaria y terciaria. Hay una escasez de médicos y profesionales de la salud no médicos para el primer nivel de atención, lo que ha obstaculizado el acceso a la prestación de servicios de salud. Esto es más evidente en las zonas rurales del país. Sin embargo, el sistema está haciendo un esfuerzo para fortalecer los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) que han demostrado ser más eficientes y

reconoce que la APS es estratégica para lograr el acceso universal (Aguirre-Boza y Achondo, 2016).

En el Informe "Recursos humanos para la salud: aumentar el acceso al personal de salud capacitado en sistemas de salud basados en la APS", la Organización Panamericana de la Salud motivó a implementar la APS como estrategia común de experiencias internacionales exitosas para lograr el acceso universal a la salud. La APS permite un acceso más fácil a través de su función preventiva y la promoción de la salud para mantener a la población saludable (OPS, 2013).

5.3.3 Equidad en el acceso en los sistemas de salud de la OCDE

Como se explicó anteriormente, los países pertenecientes a la OCDE en los que se lleva a cabo el análisis son los que representan los arquetipos de los sistemas de salud.

Reino Unido (UK). Comenzamos describiendo el sistema de salud británico, que es universalista. La política general de salud es establecida por el Parlamento y la administración se realiza a través del Servicio Nacional de Salud (NHS). El sistema se financia con impuestos generales y una pequeña proporción del impuesto a la nómina. El NHS también recibe copagos y pagos de pacientes privados. La cobertura es universal. Para la atención primaria, la población debe inscribirse en las instituciones locales de su elección, pero la oferta se limita a la atención de médicos generales (GP). Para reducir las disparidades en el acceso, el NHS asegura los recursos para las áreas locales, así como el monitoreo de los resultados para los grupos en riesgo (Mossialos et al., 2016).

A nivel de la comunidad, la práctica general se aborda en las regiones locales, en las cuales se centran en la prevención y la educación para la salud, facilitando el acceso y tratamientos adecuados para evitar la medicalización excesiva, así como el sistema facilita la investigación especializada (Marshall, 2015).

Francia. Francia y Alemania representan el SHI, donde la cobertura es universal y obligatoria también. Mossialos et al (2016) refieren que en Francia la política y provisión de salud es responsabilidad del Ministerio de Asuntos Sociales, Salud y Derechos de la Mujer, a través del seguro de salud obligatorio y la Administración de Salud y Asuntos Sociales que tienen

las Agencias Regionales de Salud. El SHI se financia a través de impuestos a la nómina de empleados y empleadores en un 64%, y el impuesto a la renta nacional con una asignación específica del 36%. También existe un seguro voluntario privado que cubre la diferencia entre las tasas de reembolso de SHI a través de cupones o vouchers. Para mitigar las desigualdades, todos los empleados se benefician del seguro, patrocinado al 50% por el empleador, para atención dental y optométrica.

Las Agencias Regionales de Salud (RHA) se crearon en 2009, combinando la regulación central y la contratación descentralizada que permite mejores condiciones de acceso y al mismo tiempo facilita la rendición de cuentas ante el gobierno (Steffen, 2016).

Alemania. Alemania tiene el SHI y el seguro de salud sustituto privado (PHI). Los estados brindan servicios a través de hospitales universitarios y los municipios se enfocan en la atención primaria de salud y las actividades de salud pública. El gasto en salud se financia con impuestos sobre la nómina que proporciona SHI a través de fondos de enfermedad que se financian mediante contribuciones obligatorias recaudadas al 14,6% del salario. El 86% de las personas recibe cobertura primaria a través de SHI y el 11% a través de PHI. Hay programas especiales para soldados y policías. La prestación de servicios de prevención primaria es obligatoria para los fondos de enfermedad. Para reducir las disparidades, los fondos de enfermedad cubren la salud de las personas socialmente desfavorecidas (Mossialos et al., 2016).

En Europa, existen apoyos denominados asistencia financiera a la salud (Financial Assistant Health-FAH) con el objetivo de proporcionar una base de ingresos mínimos para el quintil de bajos ingresos como política de protección social para garantizar el acceso universal a los servicios de salud. También existen otros apoyos para mejorar la disponibilidad de las instalaciones de salud.

Estas políticas complementan las políticas de salud pública para mejorar la salud de la población de dos maneras: reduciendo el riesgo de enfermedad y aumentando el ingreso disponible de los hogares para facilitar el acceso a la atención médica. Se ha demostrado que esto disminuye la desigualdad por las limitaciones de ingresos, así como el número de servicios de atención primaria mejorará el acceso a la atención médica. Del mismo modo, reducir los gastos de salud privados mediante la provisión pública o gratuita por el gobierno

sería una forma de mejorar la asistencia financiera. Pero este apoyo dirigido al Q1, además de amortiguar los gastos de salud, eleva los salarios y los ingresos para los de ingresos medios y bajos (Israel, 2016).

Estados Unidos. En los Estados Unidos, el sistema de salud consiste en varias formas de seguro, que incluyen seguro privado, Medicare, Medicaid y CHIP. Según un informe de la Oficina del Censo de EE. UU. en 2014, los programas públicos cubrieron aproximadamente el 36.5% de los residentes: Medicare cubrió el 16%, y Medicaid el 19.5% y el seguro de salud militar el 4,5 por ciento. Además, el 55.4% recibió seguro proporcionado por el empleador y el 14.6% comprado directamente. 10.4% permanece sin seguro.

Medicaid es el programa de seguros de salud para las personas que califican con un bajo nivel de recursos. El Medicare es el programa de seguridad social de salud que provee atención a todas las personas mayores de 65 años y a jóvenes discapacitados debido a graves problemas de salud, como cáncer, esclerosis lateral amiotrófica o insuficiencia renal. Este programa también financia los programas de formación de médicos residentes en Estados Unidos. También se encuentra el Children's Health Insurance Program (CHIP) de cobertura en salud para niños que en algunos estados es una extensión de Medicaid y en otros un programa separado, el cual cubrió a más de 8,1 millones de niños en familias de bajos ingresos en 2014. Por informes del Medicaid en 2014, se reportó que, durante el 2011, casi 10 millones de estadounidenses eran elegibles tanto para Medicare como para Medicaid.

La Ley de Atención de Salud Asequible (ACA por sus siglas en inglés) a enero de 2014 aumentó la participación de la población con seguros mediante reformas como la implementación del requisito obligatorio para que la mayoría de los estadounidenses obtengan seguro de salud; la apertura de los mercados de seguros de salud, o intercambios, que ofrecen subsidios de primas a individuos de ingresos bajos y medianos; y la expansión de Medicaid en muchos estados, aumentó el umbral de cobertura según el nivel de ingresos. Los inmigrantes indocumentados generalmente no son elegibles para cobertura pública pero algunos gobiernos estatales y locales proporcionan cobertura adicional, como cobertura para niños indocumentados o mujeres embarazadas y varios estados permiten cobertura de Medicaid de emergencia para inmigrantes (Mossialos *et al.*, 2016),

De otro lado, a pesar de que el sistema de atención de salud de los Estados Unidos es el más caro del mundo, la mayoría de los indicadores de desempeño son inferiores a los resultados de los otros países industrializados. El mayor gasto se explica por un mayor gasto en el uso de la tecnología médica y los precios desmedidos de los servicios. Los estadounidenses son los mayores usuarios de tecnologías caras como resonancias magnéticas (MRI), otras imágenes de diagnóstico como tomografía computarizada (TC) y tomografía de emisión de positrones (PET) y productos farmacéuticos. Según los resultados de las Encuestas Internacionales del Fondo de la Commonwealth de 2013, los adultos en los Estados Unidos y Nueva Zelanda en promedio toman más medicamentos recetados (2,2 por adulto) que los adultos en otros países. Pero aun así los resultados no solo son menores en la expectativa de vida sino también en una mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Estados Unidos gastó el 17,1 por ciento de su producto interno bruto (PIB) en la atención de la salud en 2013, 50 por ciento más que el segundo mayor desembolso en el mundo ocupado por Francia con un 11,6 por ciento del PIB, mientras Reino Unido gastó solo 8,8% del PIB para el mismo año. El gasto per cápita privado en atención médica para 2013, fue de \$ 1,074 en gastos de salud, por copagos por las visitas al consultorio, medicamentos y deducibles del seguro de salud. Suiza tuvo un gasto de 1.630 dólares, Francia 277 dólares y los Países Bajos gastaron 270 dólares (Squires & Anderson, 2015).

De los países de la OCDE, los Estados Unidos son el único país que aún no cuenta con un sistema de salud universal, y tampoco es aún financiado públicamente. Dado que la cobertura es un determinante del acceso, aunque no el único, es de esperar que estos resultados sigan presentándose en alguna medida por ausencia de cobertura universal. En comparación con sistemas universales como el de los Países Bajos, Reino Unido y Alemania que tienen un sistema universal de cobertura, se adiciona otro factor importante para el logro del acceso como bajos costos de bolsillo, lo que podría facilitar aún más un rápido acceso a la medicina especializada.

Suiza y el Reino Unido puntúan en todas las medidas de tiempos de espera, y en Canadá, por ejemplo, los pacientes tienen poca o ninguna carga financiera, pero reportan mayores tiempos de espera para los servicios especializados. Estados Unidos, y Canadá ocupan las últimas posiciones en casi todas las medidas de tiempos de espera. Igualmente, reportan mayores

problemas de acceso relacionados con el costo. Un tercio o más de los adultos de bajos ingresos en los Estados Unidos dijeron que no obtuvieron los cuidados necesarios: como no visitar a un médico cuando estaba enfermo; no obtener una prueba recomendada, no realizar el tratamiento o cuidado de seguimiento; o no llenar una receta u omitir dosis cuando fue necesario, debido a los costos. Los pacientes en U.S. tienen un acceso relativamente rápido a la atención médica especializada, pero paradójicamente, el acceso está retrasado en la atención primaria en comparación con las personas en otros países desarrollados. Asimismo, reportan mayores problemas de acceso relacionados con el costo: el doble en comparación con Australia, Canadá y el Reino Unido donde los precios fueron aproximadamente 50 por ciento más bajos (Squires & Anderson, 2015).

Esto ubica a los Estados Unidos en el último lugar en las medidas de equidad seguido por Nueva Zelanda, reportando mayores problemas de acceso para los que tienen ingresos inferiores a la media. Suecia, Suiza y el Reino Unido tuvieron las menores diferencias de atención por nivel de ingresos. Reino Unido con el 4% y Suecia con el 6% en el 2013, fueron los países con menores problemas de acceso relacionados con el costo. Los Estados Unidos ocupan un mejor lugar respecto a la atención preventiva, el tercero. U.K y Nueva Zelanda obtuvieron el primer y segundo lugar, respectivamente, pero ocupan un puesto promedio en comparación con otros países desarrollados sobre el manejo de problemas de salud crónicos (Davis *et al.*, 2014).

Otros estudios evidencian inequidad en la utilización de los servicios de salud que favorece a los pacientes que tienen mejores ingresos, especialmente en países como México, Estados Unidos y Finlandia y Portugal (Berman & Bitran, 2011).

Doorslaer (2006) evidencia que la distribución de probabilidad de visita al médico favorece a la población rica en la mayoría de los países. Para demostrarlo tomó como indicador las Inequidad Horizontal (HI): cuando este índice HI es igual a cero, indica la equidad horizontal, o sea las personas con iguales necesidades (pero con ingresos diferentes) reciben el mismo trato. En más de la mitad de los países estudiados por el autor las personas de ingresos más altos tienen más probabilidades de ver a un médico que las personas de ingresos bajos, con excepción de Noruega, Holanda y Reino Unido, donde los índices HI fueron positivos, pero

no significativamente diferentes de cero. En la mayoría de los países, el grado de inequidad fue mayor para especialistas que para médicos generales (van Doorslaer et al., 2006).

Un parámetro de comparación de acceso por disponibilidad es el número de médicos practicantes, que en el 2013 para Estados Unidos estuvo por debajo de la media de los países de la OCDE (2,6 frente a 3,2 médicos por 1.000 habitantes). Igualmente, en el número de consultas médicas los estadounidenses tuvieron 4 por año, menor a la media de la OCDE (6,5 visitas). En contraste, Canadá tuvo 7,7 visitas médicas y Japón tuvo 12,9 visitas en 2012 (Squires & Anderson, 2015).

De acuerdo con el Informe Nacional de Calidad y Disparidades en Salud 2015, las disparidades de acceso en U.S.A son principalmente evidentes en personas de hogares pobres, hispanos y afroamericanos. Al mismo tiempo, las disparidades en los ingresos son mayores que las disparidades por raza / etnia, y los hogares pobres tienen peor acceso a la salud que los hogares de altos ingresos. Pero con los datos disponibles hasta la fecha se demuestra que a partir del ACA el acceso mejoró desde el año 2010 generó un seguro de salud a 20 millones de estadounidenses adultos de 2011 a 2016, incluyendo 8,9 millones de blancos, 4 millones de hispanos y 3 millones de adultos negros de 18 a 64 años. En marzo de 2016, más de 12,7 millones de personas fueron seleccionadas o fueron automáticamente reinscritas para recibir cobertura de salud, aunque persisten las disparidades en el acceso por motivos raciales, étnicos y de ingresos en el acceso. Este mismo informe reporta que el mayor uso de seguros privados ha tenido impactos negativos en equidad de salud en términos de acceso, mientras que los programas de cuidado gratuito tuvieron resultados positivos en equidad de salud. Los autores del informe encontraron también que la accesibilidad financiera de los servicios de salud fue eficaz para reducir las desigualdades socioeconómicas y mejorar la salud de los más pobres.

Bajo el ACA, el 61% de los que recibieron seguro dijeron que no podían pagar la atención sin seguro, lo que permitió mejorar el acceso, así como la capacidad de encontrar médicos y obtener citas (Collins, 2016). Sin embargo, a pesar de estos logros, persiste un problema en la contención de los costos de atención médica, debido a la persistencia de un sistema de financiamiento con múltiples pagadores y con fines de lucro. Independientemente de la ACA,

parece que no hay forma de desarrollar un conjunto de riesgos que evite la selección adversa, debido a los incentivos para las aseguradoras privadas y el comportamiento del mercado (Geyman, 2015). Por lo tanto, se pensó que el fortalecimiento de la base de atención primaria a través de mejores tasas de reembolso proporciona un mejor incentivo para los proveedores, a través del modelo de hogares médicos centrados en el paciente. La evidencia sugiere que estas estrategias pueden devolver beneficios sustanciales tanto a los pacientes como a los proveedores al aumentar el acceso a los servicios, reduciendo los problemas administrativos y las cargas, y facilitando la coordinación a lo largo de la continuidad de la atención (Davis, Abrams y Stremikis, 2011).

El ACA tiene el potencial de asignar incentivos y crear oportunidades para que los proveedores sean recompensados por la entrega de atención primaria centrada en el paciente. Para 2011, solo dos tercios de los adultos de U.S. informaron tener un proveedor de atención primaria accesible, y tres cuartas partes tuvieron dificultades para conseguir una cita, pero al introducir modelos de atención local, el crecimiento en el costo de la atención se ha desacelerado. Los médicos de atención primaria, los profesionales de enfermería y los asistentes médicos que brindan el 60% de sus servicios en los códigos de atención primaria para visitas al consultorio, visitas a centros de enfermería y visitas domiciliarias reciben una bonificación. Además, los proveedores en áreas de escasez de recursos para procedimientos quirúrgicos pueden recibir un aumento adicional. El bono varía según el porcentaje de pacientes de Medicare que ve y el porcentaje de servicios de atención primaria. El modelo llamado Patient-Centered Medical Home (PCMH) o Medical Homes tiene varias disposiciones que buscan fortalecer el sistema al permitir que el paciente acceda a una fuente regular de atención primaria, relaciones estables y continuas con el médico personal que dirige un equipo de atención, promover servicios preventivos y facilitar una mejor gestión de las enfermedades crónicas. Al hacerlo, PCMH ha reducido los costos generales de la atención. También, este modelo enfatiza la integración con la salud pública y el papel principal de las enfermeras (Davis et al., 2011).

Singapur. En Singapur, el Ministerio de Salud regula el sistema de salud del país. Brinda servicios a través de redes de salud y hospitales, guarderías y hogares de ancianos. Ofrece cobertura universal, financiada por impuestos generales por esquemas de múltiples niveles y

ahorros individuales privados que se utilizan para subsidios para pacientes y ciertas instituciones que brindan atención. El sistema es conocido como el "3M": Medisave es un programa obligatorio de ahorro de salud donde los trabajadores y los empleadores contribuyen con un porcentaje de sus salarios a una cuenta personal. MediShield es un seguro para eventos catastróficos de bajo costo y enfermedades importantes. 10.1% de los gastos de salud provienen de planes prepagos privados que complementan a MediShield. Medifund es el fondo de subsidio para los indigentes. Los pacientes eligen el médico de atención primaria y no es necesario registrarse (Mossialos et al., 2016).

El gobierno brinda acceso a un nivel básico de atención y subsidia la mayor parte del costo para que ninguno se quede sin atención médica fundamental, pero paradójicamente el sistema está diseñado para que los pacientes contribuyan al costo de la atención, porque los pacientes gastan su propio dinero en atención más allá del nivel básico.

Para reducir las desigualdades en 2007, se estableció el Comité Ministerial sobre el Envejecimiento para coordinar los problemas del envejecimiento en un sistema de atención médica que brinda a las personas mayores acceso a la atención para sus necesidades particulares a un precio asequible. En 2009, se creó la Agencia de Atención Integrada (AIC) para trabajar en las unidades de atención a nivel local y mejorar el nivel de atención y llevar a cabo la integración de los sectores de atención primaria, intermedia y de largo plazo. Todas las partes involucradas en los diversos niveles de atención con un paciente deben trabajar juntas de una manera más coordinada. En 2012, se ofrecieron mayores subsidios para la atención intermedia y de largo plazo, una mayor y mejor infraestructura de atención, más médicos y enfermeras que se agregaron al sistema con una remuneración competitiva. (Haseltine & Brookings Institution, 2013).

5.4 Conclusiones

Del análisis contractualista del acceso a los servicios de salud se concluye que la equidad en el acceso potencial significa que todas las personas pueden, con barreras mínimas, elegir libremente si desean o no acceder a los servicios. Ofrecer iguales oportunidades en los determinantes individuales del acceso potencial contribuiría a la equidad y universalidad en

el acceso, especialmente a través de políticas públicas que involucran el nivel de educación, el nivel de ingresos y el seguro de salud para cada persona.

El fortalecimiento de estrategias como la atención primaria mediante el aumento de la oferta local de servicios de salud también influye en la mejora de los indicadores individuales de acceso potencial, al aumentar la igualdad de oportunidades en variables como el tiempo de viaje (la distancia se acorta para todos), el tiempo de cita o tiempo de espera.

Sin embargo, a nivel colectivo, las variables de oferta tienen la importancia de otorgar oportunidades de acceso, pero no en la misma proporción que la demanda. Esto significa que los países con la salud más costosa y mejor infraestructura, como los Estados Unidos, no brindan necesariamente las mejores oportunidades de acceso, si no intervienen los factores de demanda en salud. Comparativamente observamos cómo las políticas universalistas de cobertura, provisión de servicios y distribución equitativa del ingreso, todas reguladas por el Estado, coinciden con condiciones más equitativas en términos de acceso potencial que en los sistemas fragmentados. Estados Unidos, por ejemplo, se esfuerza por mejorar los factores determinantes, como el costo de la provisión y la cobertura de salud, y Singapur aún necesita mejorar las variables de acceso realizadas como gasto de bolsillo y el promedio de consultas por año. También encontramos que la cantidad de presupuesto per cápita asignado a los servicios de salud por encima del promedio de la OCDE, es deseable pero no suficiente para garantizar el acceso a los servicios de salud, y de igual forma las variables de acceso realizado, como el número de visitas por año, no garantizan el acceso individual futuro siempre que no haya cobertura universal.

Esto significa que las variables de demanda, como los ingresos y el seguro de salud, tienen la mayor importancia de lograr un acceso colectivo y equitativo a los servicios. Por lo tanto, Colombia debe centrar sus esfuerzos en fortalecer los factores que permiten mejores oportunidades individuales de acceso potencial a la salud y menos barreras que restrinjan la libertad de elección, además de trabajar para seguir mejorando las variables de acceso realizado, como el gasto de bolsillo. Asimismo, a nivel individual y colectivo habría mejor acceso potencial asignando un presupuesto de salud per cápita cercano al promedio de la OCDE, y aumentando la oferta de servicios en el número de camas y profesionales en áreas rurales, garantizando igualdad de oportunidades de ingreso a través de un mecanismo de

distribución progresiva que permita la equidad de acceso universal a la salud, como los servicios locales centrados en atención primaria.

De los programas que permiten un mayor nivel de acceso en estos países, debemos tomar iniciativas para mejorar la equidad de acceso en Colombia, porque han sido eficaces para incrementar el acceso y para fortalecer los programas de atención primaria. A nivel colectivo, la práctica general se dirige a las regiones locales, donde se centran en la prevención y educación para la salud, facilitando el acceso, la investigación especializada y tratamientos adecuados para evitar la medicación excesiva, como en las Agencias Regionales de Salud (RHA) en Francia, que combinando la regulación central y la contratación descentralizada permite mejores condiciones de acceso. La prestación de servicios de prevención primaria es obligatoria para los fondos de enfermedad en Alemania. En el modelo de hogares médicos centrados en el paciente de EE. UU., la evidencia sugiere que estas estrategias pueden devolver beneficios sustanciales tanto a los pacientes como a los proveedores al aumentar el acceso a los servicios, reducir los problemas administrativos y mejorar la asequibilidad y la disponibilidad. Una posible solución específica para el sistema de salud en Colombia son los cupones suplementarios, pero proporcionados por el Estado, y no por aseguradores privados, para pagar los servicios locales de salud de atención primaria, esto les permitirá a los que están bajo el RS y el RC tener un mejor acceso, además de asegurar una asignación de recursos local adecuada para los proveedores, incentivando y sosteniendo la oferta, y garantizando recursos para que la demanda tenga iguales oportunidades de acceso a la salud.

Capítulo 6.

Conclusiones generales y propuestas para un esquema financiero básico y universal en salud

Durante el desarrollo del documento, pudimos observar en el primer capítulo cómo el universalismo es uno de los principios fundamentales que han regido las reformas de los sistemas de salud en el mundo. En Colombia, este se constituyó como un principio básico desarrollado en la Constitución y las leyes que establecen el funcionamiento del sistema de protección social en salud. En ese marco, su alcance ha llegado hasta obtener la cobertura de aseguramiento de casi toda la población, sin que esto signifique que haya acceso universal y equitativo para toda la población al sistema de salud. Esto se da principalmente porque el modelo de salud bajo el paradigma neoliberal ha centrado sus objetivos en la eficiencia, a través de ajustes institucionales que privilegian la participación del mercado en un modelo de competencia entre entidades públicas y privadas, regulado por el Estado, con descentralización de los recursos y políticas de focalización y subsidios a la demanda, pero ha descuidado la igualdad de oportunidades para el acceso a los servicios de salud.

Este modelo de seguridad social que privilegia la lógica del mercado sobre el modelo de provisión estatal, ha demostrado fallas persistentes, pero también logros importantes especialmente en la cobertura de servicios de salud, la cual lo hace eficiente en la universalización de aseguramiento, pero inequitativo en el acceso, debido a que distintas barreras siguen obstaculizando la libre elección de ingreso a la oferta de servicios,

especialmente por falta de igualdad de oportunidades sobre los determinantes que permiten el ingreso al sistema.

Se hace necesario entonces establecer un nuevo paradigma en el modelo, con fundamento en instituciones que garanticen la libertad de elección y la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud para todas las personas, y garanticen los mínimos esenciales del derecho a la salud, a través de políticas diferenciadas por niveles de atención o complejidad, lo cual podría evidenciar una evolución del enfoque económico para el sistema de salud, que permita el acceso y la cobertura universales de manera equitativa, sostenible y eficiente.

Del segundo capítulo se concluye que el principio de universalización es importante porque aporta al logro de la equidad en salud, definiendo la equidad desde varias perspectivas de justicia y explicando por qué la perspectiva del liberalismo igualitario es una alternativa que podrá resolver varias de las contradicciones entre la eficiencia y la igualdad de oportunidades. Los modelos de reformas de salud en la mayoría de los casos se basan en los enfoques liberales y buscan lograr equidad a través de inversiones eficientes focalizadas en la población más vulnerable, que se encuentra en situación de desventaja social. Esta política, que persigue un fin loable, al dar cobertura de afiliación universal a través del subsidio a la demanda, en la práctica representa un sistema eficiente, selectivo y focalizado en la localización de los recursos en la población pobre o en condiciones de trabajo precario e informal, pero no garantiza la universalización del acceso, ni la equidad en salud. De ahí la importancia que las políticas de salud se enfoquen en garantizar el acceso universal a todos los niveles, a través de estrategias orientadas al subsidio a la demanda, pero sin dejar de lado la sostenibilidad y el incremento de la oferta de servicios de salud, y estableciendo como metas la igualdad de oportunidades, así como la eficiencia de las políticas.

Del tercer aparte de la investigación se evidencia que la exposición de fallas que presenta el sistema reconoce, en primer lugar, que los servicios de salud tienen distorsiones que lo alejan de un sector óptimo y eficiente a nivel microeconómico, donde haya equilibrio del mercado, conforme a los postulados vigentes de Arrow y otros autores. Segundo, que la reforma implementada, a partir de la Ley 100 de 1993 ha logrado un avance significativo en la cobertura de aseguramiento hasta hacerse casi universal, así como avances en muchos

resultados de salud para el país; sin embargo, esto no sucede en el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema, debido a fallas derivadas del modelo de salud en sus componentes macroeconómicos de oferta, a nivel de recursos humanos, tecnología, concentración urbana de la oferta e infraestructura, así como a problemas de demanda derivados del esquema de aseguramiento en Colombia.

La necesidad de monopolios naturales en la prestación de servicios, además de la información asimétrica por riesgo moral y la selección adversa, la corrupción, la evasión y otros problemas estructurales que afectan el acceso y la calidad, hacen compleja la regulación de los mercados de aseguramiento y prestación de servicios de salud, por lo que el sistema debe buscar la implementación de esquemas económicos basándose en enfoques alternativos y complementarios al modelo vigente. Dando continuidad a este análisis de ineficiencia de la asignación de recursos, y desde el punto de vista financiero podemos observar cómo el problema no radica en el presupuesto asignado, sino en las relaciones entre los agentes del sistema que constituyen un cuasimercado en el que los precios de los contratos generan incentivos del comportamiento que buscan la optimización de los recursos con base en el principio de la eficiencia. Como observamos, las variables macroeconómicas, tales como la crisis fiscal, el mercado laboral informal, e incluso la diferencia de UPC en los regímenes, y no solo las fallas del mercado del sector de servicios de salud afectan la eficiencia del modelo. Sin embargo, estos factores son coyunturales y pueden mejorarse con cambios institucionales.

Ante este panorama es necesario repensar dentro del modelo los límites que deben tener los planes de beneficios en favor del sostenimiento del sistema y que la salud de la mayoría no se vea afectada por la cobertura de beneficios exagerados para unos pocos, lo que también afecta la universalidad y la equidad.

En este sentido, el Estado debe proveer los mecanismos financieros de ingresos para garantizar a todos los ciudadanos un plan de beneficios esencial (mínimo básico) diferenciado por niveles de atención, de manera que se preserve la salud al 100% de la población en los primeros niveles de complejidad, sin intermediarios; y con la misma o mayor proporción del gasto para la salud y sin generación de recobros vía jurídica. Todos, sanos y

enfermos deben tener derecho al acceso no excluyente en los servicios preventivos, de maternidad y prenatales, medicina general, pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general y medicamentos esenciales, según las guías de atención. Para hacer el modelo eficiente, los requerimientos de salud que se den para las otras especialidades y subespecialidades deben estar reguladas bajo un plan de beneficios obligatorios con intermediarios (EPS), no diferenciados por regímenes acatando los preceptos constitucionales, pero con límites que no comprometan la sostenibilidad del sistema para la provisión de los mínimos universales en los primeros niveles de atención. Este enfoque se presenta como producto de la abstracción de los preceptos contractualistas aplicados al modelo de salud colombiano, como detallaré a continuación.

Desde el punto de vista del autor, y como reflexión paralela, es importante e interesante conocer las derivaciones de los postulados de Arrow por niveles de complejidad, considerando que la eficiencia del sector de los servicios de salud a nivel microeconómico no puede ser medida por criterios paretianos de equilibrio, debido a la incertidumbre y la falta de racionalidad naturales entre los agentes de este mercado, (pero como hemos descrito si se pueden regular e intervenir algunas fallas como la asimetría y las externalidades, a través de instituciones que logran resultados óptimos y eficientes como las los alcanzados en algunos indicadores de aseguramiento y prestación de servicios de salud).

Además, es importante hacer un análisis de cómo estos factores se comportan según los niveles de atención porque a nivel macroeconómico el mercado se hace ineficiente en el manejo de los recursos principalmente por fallas de la oferta y la demanda del modelo de salud, sumado a otros factores macroeconómicos como la informalidad del mercado laboral, los factores de crisis financieras o la violencia, que afectan los resultados finales de la salud en el país de manera distinta a nivel preventivo o curativo.

Al igual que para los servicios de salud, la incertidumbre de la enfermedad y de la eficacia de los tratamientos, así como de la falta de elección racional del consumidor, tienen una naturaleza distinta en cada uno de los niveles de complejidad de atención. Es importante considerar que en el modelo de salud establecido en Colombia el usuario entra por el nivel I

de atención donde un médico general lo atenderá para evaluar cualquier tipo de patología. Si la enfermedad supera la capacidad resolutive de ese nivel de complejidad deberá ser remitido a una institución de mayor nivel, con el propósito de hallar el diagnóstico y el tratamiento adecuados y así irá escalando, en lo que el sistema de salud ha denominado continuidad de la atención (característica de calidad exigida por el SOGC). Dicha continuidad no debe perderse porque tendrá todo tipo de consecuencias sobre el paciente: uno, al prolongar su padecimiento de salud si aún no se haya la causa (diagnóstico) y el tratamiento definido; dos, tendrá consecuencias económicas porque incrementará los gastos de bolsillo en transporte, tiempo de trabajo, productividad, con nuevos costos para el sistema en recursos humanos y/o tecnológicos, y tres la afectación social, por la sensación de incapacidad que produce cualquier enfermedad. En este proceso, la incertidumbre del curso de la enfermedad y de la eficacia del tratamiento será menor a medida que la patología pueda resolverse en los primeros niveles de atención. De hecho, como lo expusimos anteriormente en el documento, el 95% de las enfermedades puede resolverse con el nivel I; y será mayor la incertidumbre en la medida que escale a mayores niveles de complejidad. Tanto es así, que muchas de las patologías vistas en el alto nivel de complejidad son abordadas de manera interdisciplinaria o requieren juntas médicas (llamadas clínicas en el argot médico) para planear coordinadamente el tratamiento, lo que aumenta la incertidumbre.

Ahora bien, la capacidad de elección racional del consumidor (usuario o paciente) tiene el mismo comportamiento que la incertidumbre, debido a que la disponibilidad de los recursos humanos y tecnológicos que pueda elegir se disminuye en la medida que aumenta la complejidad, lo cual tiene una obvia repercusión sobre el costo, por disminución de la oferta. Esto nos lleva a inferir que la naturaleza imperfecta del mercado de los servicios de salud descrita por Arrow aumenta proporcionalmente con el nivel de atención y complejidad, lo que también podría contrargumentar la diferenciación de la salud como bien público o privado que estableció el Banco Mundial; en el sentido que los mayores niveles de complejidad (curativos y rehabilitadores) son los que deben ofrecerse de manera privada al mercado; pero, según este análisis son los menos óptimos como mercados privados, y requerirán mayor intervención del Estado.

Sin embargo, en el análisis falta incluir los factores macroeconómicos del sector de servicios de salud y aseguramiento, en sus componentes de oferta y demanda, llevando a concluir que ha sido eficiente el modelo en el logro de la cobertura (universalización en aseguramiento de la demanda), pero insuficiente o ineficiente en el componente de oferta y en la sostenibilidad financiera, y que las instituciones y no las políticas fiscales, son las estrategias más adecuadas para mejorar la eficiencia del sistema y disminuir las barreras de acceso a la prestación de los servicios de salud de manera universal y equitativa.

En este sentido, instituciones como la estrategia adoptada por la OMS de APS, que propende por llevar los servicios básicos de atención en salud, de promoción y prevención a toda la población, es la más costo efectiva y eficiente para el mejoramiento de los resultados de salud de un país, y como estos niveles de atención emiten grandes externalidades, es indispensable que estos servicios de salud sean ofertados por el Estado.

En este encuentro entre la mayor optimalidad como mercado privado del primer nivel de atención (por menor incertidumbre y mayor racionalidad), pero a la vez ser el nivel que más genera externalidades, (que requieren intervención estatal), considero que la visión contractualista disminuye la tensión entre las dos posiciones. El beneficio colectivo por cooperación de los más favorecidos con aquellos en desventaja, desde el punto de vista de ingreso y capacidades, hace que el primero y segundo nivel de atención en salud deban ser garantizados por el Estado, a través de instituciones que regulen la provisión pública o privada sin intermediarios, en un esquema de pagador único. El tercer y cuarto nivel, con mayor desventaja y menor capacidad de los usuarios, debe ser intermediado por el aseguramiento obligatorio y la provisión puede ser pública o privada, siguiendo el mismo esquema actual de competencia regulada y subsidio a la demanda, con esquema multipagador, porque el intermediario ahí es costo efectivo. En el caso del alto costo, así como en las enfermedades huérfanas y en las enfermedades mentales, el servicio debe ser regulado estrictamente por el Estado y provisto por entidades públicas o privadas especializadas, sin intermediación del asegurador, pero con un techo de costo que requiera aseguramiento, porque priman las libertades y la igualdad de oportunidades, antes que el principio de diferencia.

Para este propósito, el primer cambio institucional que se requiere estaría en la redistribución de las subcuentas del Fondo de Protección Social. La subcuenta de compensación se reduciría de aproximadamente 70% del presupuesto total del Fondo al 15%, debido a que las UPC solo corresponderían al valor de la prima individual de la atención por los niveles III y IV de atención (alto nivel de complejidad). El Fondo debería crear una subcuenta de pago directo por servicios de niveles de atención I y II (incluidas las urgencias) con asignación del 70% del presupuesto del Fondo a esta subcuenta, y finalmente, además de las subcuentas ya establecidas por la ley 100 de 1993 y sus reformas posteriores, otra subcuenta de alto costo para las enfermedades huérfanas y mentales con mínimo un 2% de presupuesto del Fondo. Los cambios en la proporción de las cuentas del Fondo se orientan a soportar la unificación de los dos regímenes RS y RC en el primer nivel. En los niveles III y IV se mantendrían diferenciados los dos regímenes, pero con el plan único de beneficios establecido por la Ley Estatutaria. El alto costo y las enfermedades huérfanas tendrían un plan único comprehensivo integral, con un valor techo establecido por cada patología.

Como se evidencia en el capítulo anterior las medidas de acceso a la salud están enfocadas en el acceso realizado, de uso o utilización de servicios, que se miden generalmente a nivel individual, por la satisfacción del consumidor con el servicio, o a nivel colectivo por el número de atenciones en los servicios ambulatorios u hospitalarios diferenciados por niveles de complejidad. Pero esta tendencia enmascara la realidad de acceso al sistema de salud, que se asienta sobre las desigualdades potencialmente mayores y no identificadas por la medición del acceso realizado, toda vez que no registra el número de usuarios que dejan de acceder, así como no hay seguimiento de los determinantes del acceso potencial.

En este punto, es mi deber como autor fijar una posición respecto al alcance del universalismo en el sistema de salud colombiano, y para este propósito es importante explicar que las políticas económicas se han dado en medio de una tendencia histórica y de predominio. El Estado actualmente tiene un modelo pluralista donde se financia y regula toda la salud en Colombia a través de un solo sistema general (SGSSS), factor que lo alejó de las ineficiencias de la fragmentación. El aseguramiento de la población se realiza a través de un intermediario público o privado, cuyas funciones son además de la afiliación, la contención (optimización) del gasto, con el propósito de lograr eficiencia mediante la modernización de la

administración costo-efectiva, y la contratación de redes de prestadores públicos o privados en todos los niveles de complejidad.

Pero al momento de desarrollar esta política no se ha tomado en cuenta que el comportamiento económico de los sistemas de salud no es igual para todos los niveles de atención, y que en este sentido debe ser distinto el análisis y la gestión que se implementa, por niveles de complejidad. De la misma manera como el Banco Mundial intentó diferenciar la salud como un bien público o privado según sean acciones preventivas o curativas respectivamente, es importante tratar de diferenciar los comportamientos económicos de los sistemas de salud por niveles de complejidad. Considero que la reforma al sistema de salud en Colombia ha sido eficiente solo para el tercer nivel de atención, a través de modelo pluralista de competencia regulada en el régimen contributivo y de subsidio a la demanda en el régimen subsidiado, pero no lo ha sido para el primer y segundo nivel, ni tampoco para el cuarto nivel de atención en lo que se refiere al manejo de las enfermedades de alto costo o catastróficas.

Pero entendiendo que la reflexión anterior es parte del objetivo de la investigación, es preciso continuar con el desarrollo de los resultados y de mi posición frente a la universalización en salud, que en este punto se une a la del liberalismo igualitario en el análisis de la situación por niveles de atención.

El sistema ha sido eficiente en el nivel medio de complejidad, porque a pesar de las fallas naturales del comportamiento de la atención en salud, generadas a raíz de la incertidumbre como la asimetría de la información y por la selección adversa por la elección de aseguradores y prestadores con base en la calidad, se ha logrado un incremento de los indicadores de acceso hospitalario y una reducción de la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles. Según esta posición, la universalización de la salud por vía de la cobertura de aseguramiento, ha logrado de manera eficiente cumplir con la mayoría de las metas de resultados de salud establecidas por la OMS para el año 2015 (Objetivos del Milenio) con un limitado presupuesto, con incidencia favorable sobre casi toda la población debido probablemente a los efectos positivos del aseguramiento sobre las barreras financieras de acceso para empleados y no empleados y el incremento de la demanda de los servicios

hospitalarios, como lo explican los estudios de Gideón (2009), y García & Chicaiza (2001), especialmente para el nivel medio de complejidad.

Pero la falta de acceso universal al sistema ha afectado negativamente los resultados de salud que están determinados por los sistemas de salud en los extremos de los niveles de atención, o sea, en el bajo nivel de complejidad y en el manejo de las enfermedades catastróficas (donde el diagnóstico preventivo de la enfermedad, la educación, y la promoción de estilos de vida saludable, y políticas de economía de escala, optimizan el gasto público y la inversión en salud haciéndolo más eficiente y equitativo). Reflejo de ello es el incumplimiento de las metas relacionadas con las actividades preventivas como la planificación familiar y la concentración del gasto en el alto costo y reclamos de medicamentos para las enfermedades catastróficas vía tutelas.

Así es que, como resultado del análisis del acceso a la salud y desde la visión contractualista se propone un cambio del esquema financiero por niveles de atención, que puede mejorar el acceso a la salud y el análisis de los indicadores respectivos, lo cual podría tener un efecto positivo sobre la política de universalización al ofrecer una alternativa para intervenir las barreras de acceso especialmente para los servicios de bajo nivel de complejidad, y para el alto nivel de complejidad en enfermedades de alto costo y enfermedades huérfanas.

En este punto, es importante explicar cómo una discriminación de la aplicación de los conceptos por niveles de complejidad aunado a la Renta Básica Universal, pueden incidir de manera progresiva en la asignación eficiente de los recursos para la salud en los dos primeros niveles de atención, logrando además equidad vía universalidad en el acceso e igualdad de oportunidades sobre los determinantes del acceso potencial. Recordamos que la equidad en el acceso vista desde la perspectiva del liberalismo igualitario significa que todas las personas puedan, con barreras mínimas, elegir libremente si accede o no a los servicios, contribuyendo de esta manera la universalidad al logro de la equidad.

Para entender el mecanismo, voy a explicar cómo incide el modelo de RB sobre cada una de las mencionadas variables de acceso potencial individual:

Como lo describimos, el modelo pluralista estructurado del actual sistema de salud, soportado en políticas de subsidio a la demanda y competencia regulada en Colombia, mantiene

características de eficiencia en la optimización de los recursos invertidos, pero se hace inequitativo debido a la estratificación de los beneficios y la desigualdad de oportunidades de acceso. La renta básica universal, al ser incondicional para todos los ciudadanos, ricos, pobres, hombres y mujeres, ciudadanos, campesinos o indígenas, permite ofrecer un servicio de características mínimas y esenciales para garantizar la salud, con un plan básico obligatorio y unificado, pero con igualdad de oportunidades de acceso y calidad, independiente del nivel de ingresos del usuario.

Debido a que las barreras de acceso individual se dan principalmente como consecuencia de las diferencias geográficas de la oferta en sitios apartados del país, así como la concentración de los servicios en áreas urbanas, y a nivel colectivo por una reducida oferta de volumen de médicos y camas hospitalarias, todos estos factores se suman para convertirse en importantes restrictores de la libre elección, conforme lo evidencia la comparación de acceso con otros modelos de sistemas de salud. Además, las barreras del acceso individual y potencial de la demanda están dadas principalmente por variables como el ingreso, las fallas del modelo en el esquema de la cobertura, el precio, los tiempos de espera de la consulta (oportunidad), la especialización del proveedor, la distancia del prestador de servicios, tiempo de viaje, y las horas de las cita, así como el sistema y la sociedad no ofrecen igualdad de oportunidades para superarlos, estos factores pueden intervenir favorablemente a través de estrategias institucionales de política social como la Renta Básica Universal.

En este esquema, se evitan las ineficiencias del modelo institucional de subsidio a la oferta porque se incentiva la competencia y hace sostenible la oferta del primero y segundo nivel de atención, a través de un cupón suplementario o voucher que contiene un presupuesto determinado solo para uso en salud. Este puede ser usado a través de proveedores públicos o privados ubicados en cualquier parte del país, que deben competir por calidad, capacidad resolutiva, distribución, y valor agregado al servicio. Debe ser aplicado como una renta universal que provee el Estado para financiar la consulta, procedimientos y medicamentos del primer y segundo nivel de complejidad. Esto es en medicina general, enfermería, optometría, odontología general, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna y medicamentos esenciales.

6.1 Intervención sobre las variables de acceso individual

6.1.1 Ingresos

En ese sentido es necesaria la modificación del actual esquema financiero, específicamente respecto a la distribución de los recursos. Como vimos en el capítulo de acceso, el presupuesto destinado a la salud que cumple con las expectativas de cobertura, acceso y calidad es aquel que está dentro del promedio o rango que maneja la OCDE como porcentaje del PIB de cada país, correspondiente al 7% para el año 2015. Pero por la ley de Wagner, si Colombia tuviera el nivel de ingreso de la mayoría de los países de la OCDE, probablemente tendría un gasto público y un gasto en salud similares. Entonces en el análisis como modelo de sistema de salud, más allá de la cantidad de presupuesto, es la igualdad del ingreso per cápita la principal variable de la demanda en salud, que permitiría el acceso potencial sin barreras, independiente de las otras variables sociales, culturales o demográficas.

En este sentido, el modelo financiero actual se respalda en el subsidio a la demanda para el RS y la competencia regulada para el RC, pero los recursos no se entregan directamente al usuario, sino que se pagan los servicios a través de un intermediario, y solo en algunas ocasiones especiales, es directamente el Estado quien paga la atención en salud al hospital o el profesional. Sólo para los privilegiados, en algunos casos de atención privada y particular, el usuario paga directamente el servicio. Todo lo anterior, constituye el sistema multipagador.

Este esquema tiene como propósito optimizar la prestación de los servicios por niveles de complejidad, lo que requiere que el ente asegurador cumpla la función no solo de afilador al sistema sino de referente hacia los prestadores, y lograr así costo-eficiencia por la contratación de la prestación de servicios con previo acuerdo de tarifas bajo las modalidades de capitación, paquete de servicios o por evento. Pero los análisis del acceso nos llevaron a cuestionarnos las ventajas que traería al sistema entregar el recurso directamente a la demanda, a través de cupones con destinación específica. Se concluye que por medio de los cupones o vouchers a cargo del Estado, se romperían las barreras de acceso por estratificación según nivel de ingresos. Este planteamiento es adecuado en la medida que eliminar el

intermediario traería como resultado aliviar las fallas del mercado correspondientes a la selección adversa del asegurador o intermediario, y se dejaría la elección del proveedor en libre competencia por criterios de calidad y calidez del prestador. Además de disminuir los gastos administrativos de la intermediación, lo cual haría aún más eficiente el sistema. Sin embargo, es preciso recordar que la intermediación tiene ventajas importantes en el logro de la eficiencia, pero castiga la igualdad de oportunidades, bajo los principios institucionales del actual paradigma.

6.1.2 Seguro de salud

En este aspecto, el cambio que se necesita no es en sí un cambio del modelo del sistema, sino una modificación del esquema financiero, invirtiendo la proporción *del mismo presupuesto* que se asigna por niveles de complejidad, que debe ser mayor en el nivel básico y menor en los niveles mediano y alto, además de mantener la pluralidad en ambos regímenes y los beneficios del intermediario para el nivel III y IV de atención, en un sistema articulado único (SGSSS), y no fragmentado.

La condición que se modifica es la de multipagador, que no se aplicaría en el nivel de atención básico por la eliminación de los intermediarios en este nivel, y el pago directo del Estado al prestador por la atención del usuario.

Dicha modificación necesitará obviamente de un periodo de transición el cual debe aplicarse por niveles de atención, que en Colombia son del I al IV, y de manera universal. Esto quiere decir que es necesario aplicar los principios universales de la distribución de recursos no condicionada por nivel de ingresos, a través de los preceptos de la Renta Básica Universal, basados en el principio de igualdad de la teoría contractualista. Para lograr lo anterior, se entiende que deben asignarse primero los recursos que garanticen los ingresos sin condición a todos los ciudadanos (de todos los quintiles bajo, medio y alto) para garantizar el primer nivel de atención o bajo nivel de complejidad, medicina general y enfermería; posteriormente, y una vez se articule este esquema con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se podrá escalar en cada una de las especialidades del segundo nivel de atención pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía general. Los ciudadanos en su libertad de elección y una vez tengan garantizada la igualdad de oportunidades de acceso por

ingreso, elegirán si hacen uso del sistema estatal o si prefieren hacerlo con ingresos propios en clínicas o con profesionales particulares privados.

Igualmente, esta transformación requiere de parámetros institucionales nuevos: no solo desde la actitud de cambio en la cultura de las personas sino de las normas que garanticen la eficiencia de los sistemas de información en el funcionamiento de los registros para el recobro por parte de los proveedores; así como controles certeros por cruce de datos que identifiquen la veracidad de la información, y la frecuencia de uso de los servicios, evitando así el flagelo de la corrupción.

Se han propuesto para el sistema modelos de tecnología de información que están en curso de normalización para los Prestadores de Salud que contenga información relacionada con su estado de cartera, así como la historia clínica del paciente, la centralización e interoperabilidad de la información concerniente a la gestión del riesgo en salud para eliminar trámites como las autorizaciones, eliminando el fraccionamiento de la historia clínica del paciente, mejorando la continuidad e integralidad del tratamiento. Se obligará a hacer pública la información sobre los procesos de compra, y de los recursos devengados y aplicados al SGSSS.

En este punto, es importante resaltar que el sistema multipagador y pluralista en salud-Estado, intermediario, y prestador- se articula buscando costo-efectividad esencialmente por la función de referencia y contrarreferencia entre los niveles de complejidad. Así solo escala a los niveles más complejos de atención en salud lo que previamente haya superado las barreras de acceso para acceder al primer nivel de atención, y la mayoría de las barreras impuestas al primer nivel se centran en los trámites administrativos y la selección de riesgo que imponen los intermediarios. Esto es así porque el costo se incrementa con el nivel de complejidad, lo que hace surgir como una meta organizacional perversa para los aseguradores no dejar escalar en lo posible desde el acceso al primer nivel, a través de barreras administrativas que imponen a los médicos referentes.

6.1.3 Costo del servicio (Precio)

Teniendo en cuenta que las actividades de prevención primaria y promoción de la salud deben prevenir hasta el 70% de la carga de morbilidad (OMS, 2008) y que el Banco Mundial, en su informe de Inversión en Salud de 1993, recomienda la reducción a la mitad del gasto público asignado al tercer nivel de atención (porque es muy costoso en relación al beneficio que genera) y aumentar al doble o el triple la asignación pública al primer nivel, de manera que los dos niveles superiores serían financiados por los subsectores privado y de seguro social, el Estado debería invertir el 70% del presupuesto en el primer nivel.

Este cálculo se estima tomando el presupuesto destinado al aseguramiento para el RC y el RS y se dividirá por el número de habitantes: de ese valor se destinará el 70% para la atención de primer y segundo nivel. Este valor es coincidente con el 70% la UPC unificada, estimada para el año 2018 en COP \$605.198 por persona por año. El pago de los servicios será establecido a partir del manual tarifario ISS 2001 más 70%, y debe actualizarse anualmente.

Ese monto se cargará a una tarjeta inteligente que se descargará a medida que se utilicen los servicios de primer y segundo nivel, teniendo como límite el número promedio de consultas por año para la OCDE, correspondientes a seis, de las cuales pueden ser una a odontólogo general para tratamiento terminado, una a optómetra, dos a medicina general, y dos entre las otras especialidades, según la edad, el género del usuario. Los controles están incluidos en el monto. Los procedimientos los paga el Estado con cargo a la tarjeta, pero son regulados por el cumplimiento de guías de atención por cada patología. Por ejemplo, un parto o una apendicectomía no descuentan el valor, y lo deberá pagar el Fondo de Protección Social, mediante trámite de recobro del prestador.

Como la tarjeta es personal e intransferible y será emitida por la EPS, podrá también llevar el historial clínico, al que se accederá solo con un código personal, y mejorará los problemas administrativos de la facturación previa a la atención.

El tercero y el cuarto nivel de complejidad y los procesos de rehabilitación se financiarán con el 30% restante de los recursos, conforme al plan no excluyente, el cual debe continuar bajo

el modelo pluralista estructurado de subsidio a la demanda y competencia regulada (ente regulador, ente asegurador intermediario y proveedor). Esto debido a que el comportamiento de las otras especialidades y subespecialidades requiere de un manejo adecuado para la optimización de los recursos. Estos procedimientos deben ser administrados por el intermediario, en este caso el asegurador (EPS), y financiados a través del fondo, como funciona actualmente para todos los niveles, conservando las funciones de afiliación al sistema, remitir a la red adscrita y controlador del gasto.

Las enfermedades de alto costo, las enfermedades mentales y las enfermedades huérfanas deben ser manejados por entes especializados del Estado o pagados directamente por este, a través de proveedores públicos o privados, como, por ejemplo, el actual Instituto Nacional de Cancerología, con el fin de lograr economías de escala, poder de negociación y regulación de precios. Este manejo está por fuera del alcance administrativo de las EPS, y son las enfermedades que más comprometen la atención y el financiamiento a través de las tutelas. Por lo tanto, su financiación debe ser directa por parte del Estado y sin intermediarios. Con un plan integral con un techo definido de valor esperado, esta atención será eficiente y equitativa, y deberá financiarse de las subcuentas de alto costo, y de solidaridad del fondo de protección social.

6.1.4 Especialidad del proveedor

El comportamiento financiero del primer nivel de complejidad es básico y no es costoso respecto a la mayoría de los servicios en los niveles de complejidad medio y alto. Así podemos concluir que la atención básica no solo resuelve la mayoría de los problemas en salud desde la prevención, sino además es la menos costosa y no requiere de las funciones del intermediario (a excepción de la de afiliación), las cuales únicamente encarecen estos servicios por gastos administrativos, y colocan más trabas o barreras al acceso.

Esto nos lleva a pensar las ventajas que tendría otorgar los recursos directamente al usuario sin intermediarios, pero solamente para la prestación de servicios de primer nivel de complejidad incluyendo las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Estas son funciones que hasta hoy no han desarrollado a cabalidad las aseguradoras, debido a que se han enfocado en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación

de las patologías de mediano y alto nivel de complejidad, y que las funciones de referente y optimizador de recursos se centran en estos niveles de complejidad donde si son necesarias, y no en la prevención y promoción como se concibieron inicialmente; de ahí su nombre Entidades “Promotoras” de Salud (EPS). Estas funciones del intermediario también hacen que se invierta la distribución del presupuesto, asignando la mayoría para cubrir el alto costo y menos a la promoción y prevención, logrando menos resultados en salud como sistema y con menor eficiencia como lo advierten los organismos multilaterales en las recomendaciones de reformas para la salud.

Si alguna persona requiere mayor número de atenciones, será por enfermedades correspondientes a un mayor nivel de complejidad.

La asistencia a urgencias se incluye en la tarjeta y no establece límites de consulta, pero el recobro estaría sujeto al triage que se ingrese en la historia clínica. La atención por urgencias debe ser a través de la EPS, o de la red pública debido a que las complicaciones o cirugías que se derivan de ellas deben gestionarse ante el asegurador en caso de necesitar hospitalización o atención de tercer o cuarto nivel. Además, esto evitaría la sobrecarga de la red privada de urgencias por selección adversa en términos de calidad. Si la enfermera profesional o médico consideran que no es una urgencia, deberán dársele las recomendaciones al paciente para ser atendido por consulta general.

Cuando el paciente supere el número de consultas del cupón, será porque probablemente corresponde la atención a un nivel superior de complejidad, al que deberá acceder por la EPS, o asumirlo individualmente de su gasto de bolsillo, lo que implica un alto grado de corresponsabilidad en el uso, por lo que los pacientes deberán asistir a una charla anual de capacitación para el uso de la tarjeta, que hará parte de las actividades de promoción de la salud.

Los valores causados por urgencias o procedimientos deberán ser asumidos por el Estado, los cuales se pagarán con cargo al Fondo, de manera compensada con los recursos sobrantes de lo no causado, y que se perciba como sobrante anual, así el sistema sigue siendo solidario y compensatorio. Este valor se deberá pagar a menos de 60 días a los hospitales y clínicas que prestan este servicio por parte del Fondo de la Protección Social (actual ADRES).

6.1.5 Tiempo de viaje (distancia) y hora de la cita

La estrategia de atención primaria se enfoca en la oferta local de servicios de primer nivel de atención como medicina general, y enfermería centrados en la prevención, al igual que lo establece el programa Patient-Centered Medical Home (PCMH) o Medical Homes.

En Colombia surgió recientemente la iniciativa del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) implementado por el Ministerio de Salud y Protección Social en algunas zonas del país, donde se cambia el modelo centrado en la enfermedad por un sistema enfocado en la atención primaria, pero los resultados no han sido contundentes porque persisten los demás factores de restricción de acceso, principalmente el ingreso. No sucedería así con los cupones suplementarios, a través de los cuales el paciente tendrá la oportunidad de pedir cita de medicina general o las otras profesiones o especialidades de la salud del primer o segundo nivel con el médico de su preferencia y de libre elección, cerca de su hogar o el más cercano a donde se encuentre, siempre que éste esté habilitado por el Ministerio de Salud y disponga del programa para el uso de la tarjeta. Igualmente podrá reclamar los medicamentos genéricos en las droguerías habilitadas y una montura optométrica básica por año. Cuando el valor de los medicamentos supere el de la tarjeta este deberá ser recobrado directamente al Fondo, el cual deberá pagarlo con fuente en la cuenta de compensación.

6.1.6 Tiempo de espera

Los problemas de oportunidad en la asignación de citas se resuelven con la opción de acudir al servicio más cercano de primer o segundo nivel. Además, incentiva a la competencia en la oferta, por calidad en el prestador, acercándose a un mercado con asignación eficiente de recursos donde la demanda se genera por criterios de calidad, toda vez que el precio es regulado por el Estado.

Teniendo en cuenta estas premisas de la justicia social, y de la Renta Básica Universal Parijsiana, se pueden resolver muchas de las barreras que impiden la igualdad de

oportunidades para el acceso en salud y por lo tanto de la Universalización de acceso para el logro de la equidad.

En el capítulo de acceso se describieron experiencias de los países europeos en las políticas de asignación de recursos dirigidas a mejorar la accesibilidad financiera de los servicios de salud, dando una base mínima de ingreso para garantizar el acceso a la salud. En este aspecto, podrían mezclarse mecanismos de renta básica universal y los cupones o *vouchers*, que permiten contratar proveedores públicos o privados bajo los supuestos del modelo capitalista de mercado y libre elección. Esto podría corregir aún los monopolios y no habría selección adversa, ni selección de riesgo, en un esquema verdaderamente universal de aseguramiento y de acceso. Así, todos los ciudadanos sin condiciones están incluidos y no hay que seleccionar para la admisión del paciente. No existen bajo este esquema incentivos para mentir al asegurador acerca del estado de salud por parte del paciente, no hay exclusiones por enfermedades previas, y finalmente no hay asegurador o intermediario entre el paciente y el proveedor del servicio en este nivel de complejidad. Por parte del prestador no habría restricciones ni sobreuso de órdenes médicas, siempre que correspondan a la patología en diagnóstico y a la guía establecida, que sean de primero o segundo nivel de acuerdo con la codificación de procedimientos de atención primaria. No es necesario cobrar copagos para la consulta de atención primaria de primero y segundo nivel, porque ya tiene limitación del número de consultas y no se requieren medios para evitar el sobreuso que se convierten en barreras de acceso. Igualmente, no se cobran copagos por las actividades de promoción y prevención. La eliminación de estos trámites administrativos mejora también la oportunidad.

6.1.7 Oportunidad con el médico o especialista

El acceso universal en salud depende también de la educación gratuita para residentes en la formación de especialidades médicas, con cargo al Fondo de Protección Social, con el propósito de romper el alto costo que genera la escasa oferta de especialidades. La escasa oferta de especialistas también tiene que ver con el acceso a las especialidades en las universidades, pero igualmente se requiere reforzar la formación del médico general en medicina familiar con énfasis preventivo, llamado en otros países especialista en generalidades, con mayor capacidad de resolución en los primeros niveles de atención.

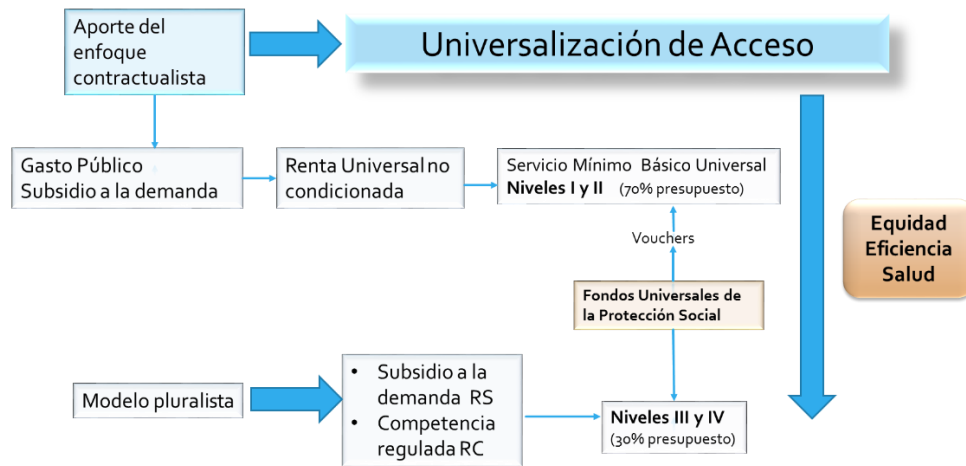
Además de cortar con las subespecialidades que se convierten en un negocio lucrativo que restringe el acceso a la salud para la mayor parte de la población por los efectos de la oferta escasa, cuando las patologías que atienden estos supra-especialistas podrían ser atendidas en la mayoría de los casos por las especialidades básicas. Aún a futuro, el modelo de RB en salud podría contemplar cubrir algunas medicinas alternativas, conforme lo aprueben las escuelas de medicina.

Los países con mejores resultados de salud se soportan en la atención primaria y en la capacidad resolutive del médico general formado como médico familiar. Igualmente es necesario fortalecer la formación de todas las personas en los temas de prevención y promoción a través de la educación de salud y en los niños como materia obligatoria para crear una cultura de salud preventiva.

Aunque no se tiene como objetivo de la propuesta resolver las fallas del mercado de la salud a través de los preceptos de la Renta Básica Universal, configurando un second best, y menos cuando desde hace décadas es claro que algunas de las fallas identificadas por Arrow son derivadas de la información asimétrica como comportamiento natural de la incertidumbre en la atención en la salud, si es preciso evidenciar que con esta propuesta desaparece la selección adversa sobre el asegurador, porque se unifican los criterios de calidad en la oportunidad para el primer nivel, y de igual forma pasaría con el riesgo moral de acción escondida (o decisión de cuidarse menos) que se limitaría por las acciones de promoción y prevención, así como para el de información escondida (o tratamientos que no se consumirían si no se estuviese asegurado) que se puede limitar por el número de consultas, o sea cooperar con el uso conforme a la complejidad, y no “optimizar el uso” por medios inequitativos como los copagos o cuotas moderadoras.

Recordemos que en este esquema los proveedores en áreas de escasez de recursos para procedimientos quirúrgicos pueden recibir un aumento adicional para incentivar la prestación de servicios en sitios remotos, y de esta manera se eviten menos los monopolios naturales del Estado. (Figura 6-1).

Figura 6-1: Diseño del esquema de financiación del Sistema de Salud en Colombia basado en rentas universales



Este esquema cumple con las recomendaciones de la OMS de priorizar el presupuesto de la salud en las actividades de promoción y prevención como estrategia de contención del costo, al invertir en las actividades que son más costo-efectivas para lograr los resultados de salud de la población, lo que permitirá ampliar la oferta de prestadores y eliminar las barreras de accesibilidad geográfica, por lo menos para los dos primeros niveles de atención y complejidad, donde se resuelven el 95% de las enfermedades, y mejorar el universalismo en salud.

Sin embargo, este tipo de intervenciones que se diseñan como favorables, pueden entenderse como perversas, en situaciones donde se genera un beneficio de algunos perjudicando a otros, situaciones que se pueden analizar como incentivos perversos, pero que se justifican de la siguiente forma:

Aunque la teoría de justicia del liberalismo igualitario se aparta de los postulados del utilitarismo diferenciando la prioridad del bienestar colectivo sobre el individual, transformándolo a un bienestar de cooperación y solidario con los que están en desventaja, se repiten los incentivos perversos del utilitarismo específicamente en la aplicación de la costoefectividad, como también en algunas de las críticas a los planteamiento del contractualismo frente a la libertad real y en este punto retomo la reflexión ética de si los nuevos medicamentos contra el cáncer cuestan mucho, y aportan relativamente poco, por la

sobrevida promedio que es de apenas tres meses. *“Las vidas humanas, superan la ponderación compleja entre los derechos individuales y los colectivos, entre la vida de un paciente y los recursos para la atención de todos los demás”*. Hay valores sociales superiores al de la utilidad máxima económica.

En este aspecto, limitar el número de consultas de primer y segundo nivel con los vouchers, garantizar un mínimo vital, a través de un plan que cubre el 100 % de las necesidades, y solo excluyente de medicina no basada en la evidencia o procedimientos estéticos, para el nivel I y II, o el techo de valor para las enfermedades de alto costo y las huérfanas, o limitar las urgencias a la red autorizada de la EPS u hospitales públicos, hace costoeffectivo el sistema, y se defiende desde lo ético en los planteamientos de la moral Kantiana y de la ética de la justicia adoptada por Rawls, si se entiende desde los principios de libertades básicas y el principio de diferencia y de igualdad de oportunidades, en los que la sociedad debe garantizar la igualdad de oportunidades y las desigualdades se toleran solo si se dan en beneficio de los que están en desventaja. Es decir, se refuerza la solidaridad del sistema, pero priman las libertades a través de la igualdad de oportunidades de los niveles mínimos. Puede entenderse que una persona con una enfermedad catastrófica o de alto costo está en desventaja, el sistema es solidario hasta el punto de que afecte la libertad de elección de los demás, esto se traduce en un techo o tope de inversión en su salud. Al individuo que tiene una urgencia se le garantiza la atención en la red correspondiente, pero si su elección corresponde a “supuestos” niveles superiores de calidad accederá a ellos individualmente, conforme al fruto de su esfuerzo. La calidad de los servicios a donde acuda debe estar garantizada por el SOGC, por lo que la percepción debe ser un supuesto, un deseo asociado al posicionamiento de una entidad, por la calidez, diferenciación de servicios, cercanía u otros factores de calidad, que diferencia el servicio entre los profesionales y las instituciones de manera competitiva. Considero que de esta forma se acercan la igualdad universal de oportunidades y la eficiencia, para el logro de la equidad.

Otros incentivos pueden ser los más cuestionados de la posición de Rawls y Parijs con relación a la libertad real y el comportamiento del individuo, como otorgar un fondo a los irresponsables, a los que no cuidan su salud, a los fumadores, por ejemplo, sin dilucidar su culpa o responsabilidad al contraer la enfermedad, a lo que Puyol responde *“el objetivo es*

recuperar a la gente por medio de la atención sanitaria para que vuelvan a ser miembros plenamente cooperantes de la sociedad”.

La igualdad universal de oportunidades para el acceso requiere además la distribución del presupuesto, bajo el parámetro de niveles mínimos, los programas universales de salud pública de nutrición, políticas de alcantarillado y manejo del agua, y de las mejoras ambientales que favorezcan la salud comunitaria, lo cual entraría con cargo al presupuesto de transferencias para inversión que se componen de los cuatro rubros: salud, educación, agua y propósito general.

La conclusión general de la investigación es que el alcance del universalismo como principio que rige el Sistema General de Seguridad Social en Salud está limitado a la cobertura de aseguramiento. A la fecha esta ha alcanzado casi la totalidad de la población colombiana, pero este evento no garantiza el acceso universal a los servicios de salud, en los cuales observamos que persiste la inequidad por estratificación de ingreso. Las barreras de acceso se dan principalmente a consecuencia de la falta de oferta de servicios en sitios apartados del país, la concentración de la oferta en áreas urbanas, así como una reducida oferta de volumen de médicos y camas hospitalarias, entre otras.

Sin embargo, se considera que los factores del acceso potencial individual dado por las características de la demanda como el ingreso, tiempos de espera de la consulta (oportunidad), distancia del prestador de servicios y tiempo de viaje, horas de la cita, y aún la calidad de la prestación de servicios, se convierten en barreras que restringen la libre elección del acceso, cuando existen límites impuestos por las desventajas sociales o las ineficiencias del sistema de salud que no garantizan la igualdad de oportunidades, y que pueden intervenir favorablemente a través de estrategias institucionales de política social como la renta básica universal. Es un reto que la igualdad de oportunidades de acceso, así como la eficiencia del modelo, se logren por lo menos en el primer nivel de complejidad, a través de estrategias como la APS y la sostenibilidad o el incremento de la oferta local de servicios de primer nivel, mejorando la equidad en el acceso a la salud hasta hacerse universal.

La aplicación de la óptica contractualista de este documento, en el modelo de salud, está limitada a la igualdad de oportunidades y de recursos (Rawls- Dworkin), no de las capacidades (Sen) en relación con el agua potable, la nutrición y la salud pública. Recordemos que la capacidad del individuo se acentúa por las condiciones de nutrición, vivienda apropiada o el acceso a los servicios de agua potable y salud pública, para tener la habilidad para desarrollar su libertad. Aunque la Ley 1176 de 2007 definió la participación del presupuesto en agua potable y saneamiento básico, aún es evidente en Colombia la desigualdad de acceso de la población a estos servicios que hacen que la salud no sea universal.

6.2 Recomendaciones para estudios posteriores

Otros estudios deben dar continuidad al enfoque del contractualismo para el sector de la salud:

- De la propuesta de Fondos universales de protección social con estudios pilotos de aplicación, modelos institucionales y planeación de la transición.
- Garantía de acceso universal al tercer y cuarto nivel de complejidad. (5% de los casos)
- Construcción de un indicador de acceso potencial bajo parámetros de igualdad de oportunidades.
- Universalización de acceso en salud pública, y aplicación del contractualismo de Sen.

Bibliografía

Aday, L. A. (2004). Equity: Concepts and Methods, Cap 6. EBSCO Publishing: *eBook Collection (EBSCOhost)* - printed on 4/18/2017. Via Univ of Milwaukee Wisconsin.

Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

Aguado, J.A. (2002). Tres justificaciones liberales de la parte colectiva de la Renta Básica. En defensa del modelo fuerte. Recuperado de http://www.academia.edu/301271/Tres_justificaciones_liberales_de_la_parte_colectiva_de_la_Renta_B%C3%A1sica._En_defensa_del_modelo_fuerte.

Aguirre-Boza, F., & Achondo, B. (2016). Towards universal access to health care: incorporation of advanced practice nurses in primary care. *Revista Médica De Chile*, (10), 1319.

Akerlof, G.A. 1970. “The market for lemons: Quality uncertainty and the market mechanism”. *Quarterly Journal of Economics*. 84 (3).

Albi, E.; Contreras, C.; González-Paramo, J.M. & Zubiri, I. (1992) Teoría de la Hacienda Pública., 1a Ed. Barcelona: *Editorial Ariel*.

Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53, s243-s254.

Alcaldía Mayor de Bogotá. (2009). *Política de Provisión de Servicios de la salud para Bogotá, D.C.*, 131.

Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Pública*, 18, 905-25.

Almgren, G. (2012). *Health Care Politics, Policy and Services: A Social Justice Analysis, Second Edition*. Springer Publishing Company. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/uwm/detail.action?docID=1123484>.

Allin, S., Masseria, C., Sorenson, C., Papanicolas, I., & Mossialos, E. (2007). Measuring inequalities in access to health care. A review of the indices. *European Commission*.

Amartya, Sen. (1998). ¿Igualdad de qué? En: *Mc. Murrin, SM (Ed.) Libertad, Igualdad y derecho*. Ariel, (1979).133-156.

Andersen, R.M., and P.L. Davidson. 2001. Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*, R. Andersen, T. Rice and J. Kominski, eds. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Andersen, R., & Newman, J. F. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly*, 83(4), Online only. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x>

Andersen, R. M., McCutcheon, A., Aday, L. A., Chiu, G. Y., & Bell, R. (1983). Exploring dimensions of access to medical care. *Health Services Research*, 18(1), 49–74.

Andersen, R. M. (2008). National Health Surveys and the Behavioral Model of Health Services Use. *Medical Care*, 46(7), 647–653.

Arango, C. (2018). Los desafíos del financiamiento sostenible. *Agenda de Salud. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes*.

Armada, F., Bonet, C., & Navarro, V. (2001). *Health and Social Security Reforms in Latin America: The Convergence of the World Health Organization, the World Bank, and Transnational Corporations* (31). <https://doi.org/10.2190/70BE-TJ0Q-P7WJ-2ELU>.

Arneson, R. (1999). «Debate: Equality of Opportunity for Welfare Defended and Recanted». *The Journal of Political Philosophy*, (7), 4, 489.

Arneson, R. (2000). "Luck Egalitarianism and Prioritarianism," *Ethics* 110, (2), 339-349. <https://doi.org/10.1086/233272>.

Arrow, K. J. (1973). Some ordinalist-utilitarian notes on Rawls' theory of justice. *The Journal of Philosophy*, 70, 245–63.

Arrivillaga, M., Aristizabal, J. C., Pérez, M., & Estrada, V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria*, 30(6), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>

Avendano, M., & Kawachi, I. (2014). Why do Americans have shorter life expectancy and worse health than people in other high-income countries? *Annual Review of Public Health*, 35, 307–325. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182411>

Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Cartagena Banco de la República.

Babitsch, B., Gohl, D., & Von Lengerke, T. (2012). *Re-visiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011*. Retrieved from <http://archive.org/details/pubmed-PMC3488807>.

Bambra, C., Garthwaite, K., & Hunter, D. (2014). All things being equal: does it matter for equity how you organize and pay for health care? A review of the international evidence. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 44(3), 457–477. <https://doi.org/10.2190/HS.44.3.c>

Banco Mundial. Trends in developing economies. (1989). *Informe sobre el Desarrollo Mundial No 8105*. [Internet]. [acceso abril 13 de 2017]. Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/451451468766154539/Trends-in-developing-economies-1989>.

Bardey. (2015). Pagos por desempeño en el sistema de salud colombiano. Revista Monitor Estratégico. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/pago-por-desempeno-sistema-salud.pdf>

Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. URL: <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-delos-Andes-Junio-de-2017.pdf>

Barón-Leguizamón, G. (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993-2003: Composición y Tendencias. *Revista de Salud Pública*, 9, 167-179. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642007000200002>

Barón, G. (2018). *Estudio de Cuentas Nacionales de Salud 2018 Cifras preliminares de la Encuesta de Ingresos y Gastos DANE*.

Barro, R., & Martin, S. (1995). *Economic Growth, 1st ed.* McGraw-Hill.

Beck, K., Zweifel, P., & Trottmann. (2010). Risk adjustment in health insurance and its long-term effectiveness. *Journal of Health Economics* ; 29(4), 489-498

Bejarano-Daza, J. E., & Hernández-Losada, D. F. (2017). Fallas del mercado de salud colombiano. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(1), 107–113. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>

Benach, J., Malmusi, D., Yasui, Y., & Martinez, J.M. (2013). A new typology of policies to tackle health inequalities and scenarios of impact based on Rose's population approach. *Journal Epidemiology Community Health*, 67(3), 286-91.

Bengtsson, T., & Van Poppel, F. (2011). Socioeconomic Inequalities In Death From Past To Present: An Introduction. *Explorations Econ Hist*, 48(3), 343-56.

Bengtsson, T. & Dribe, M. (2011). The late emergence of socioeconomic mortality differentials: A micro-level study of Adult mortality in southern Sweden 1815–1968. *Explor Econ Hist*, 48(3), 389-400.

Bergson, A. (1938). A Reformulation of Certain Aspects of Welfare Economics. *Quarterly Journal of Economics*. 52: 310-334.

Berkley, S., Murray, C. J., Hecht., L., Saxenian, R., Musgrove, H., Tan, J.-P., & Jamison, D. T. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud* No. 12183 1–351. The World Bank. [Internet] Recuperado de <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/282171468174893388/Informe-sobre-el-desarrollo-mundial-1993-investir-en-salud>.

Berman, P., & Bitran, R., (2011). *Health Systems Analysis for Better Health System Strengthening*. Health, Nutrition, and Population (HNP) discussion paper. World Bank. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/472131468331150352/pdf/659270WP0Healt00Box365730B00PUBLIC0.pdf>.

Bernal S, R. (2009). The Informal Labor Market in Colombia: Identification and Characterization. *Desarrollo y Sociedad*, (63), 145-208

Bernal, Ó., & Gutiérrez, C. (2012). *La salud en Colombia*: Recuperado de <http://repositorio.uniandes.edu.co/xmlui/handle/1992/15453>.

Bernal, O., & Montenegro, F. (2013). Colombia case study: the subsidized regime of Colombia's national health insurance system (No. 74961) (pp. 1–38). *The World Bank*. Retrieved from <http://documents.worldbank.org/curated/en/727721468239997995/Colombia-case-study-the-subsidized-regime-of-Colombias-national-health-insurance-system>.

Bertranou, F.M. (1999). Are Market-Oriented Health Insurance Reforms Possible in Latin America The Cases of Argentina, Chile and Colombia. *Health Policy*, 47, 19-36. - References - *Scientific Research Publishing*. (s. f.). Recuperado de <http://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1950390>.

Beveridge, Sir William. (1946). El seguro social y sus servicios conexos, México. *Editorial Jus* (primera edición en español autorizada por el gobierno inglés de la versión original Social Insurance and Allied Services).

Bloomberg. (2016). Recuperado de <https://largest-biggest.com/index.php/2017/05/15/bloomberg-most-efficient-health-care-systems-in-the-workd/>

Böhm, K., Schmid, A., Götze, R., Landwehr, C., & Rothgang, H. (2013). Five types of OECD healthcare systems: empirical results of a deductive classification. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(3), 258–269. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.09.003>.

Bongers, I.M., Van der Meer, J.B., Van den Bos, J., & Mackenbach, J.P. (1997). "Socio-economic Differences in General Practitioner and Outpatient Specialist Care in the Netherlands: A Matter of Health Insurance?" *Social Science & Medicine*, 44(8), 1161-1168.

Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). *Poverty, equity, human rights and health*. [Internet] Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/71937/1/bulletin_2003_81%287%29_539-545.pdf.

Buck, C., Llopis, A., Najera, E. & Terris, M. (1988). The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings. *Scientific Publication No. 505*, Pan American Health Organization/World Health Organization, Washington DC.

Bula, J (2012). Prólogo en Martínez, M., León F., Giraldo, C., García, A., Rodríguez, C., Barrios, S. *Financiación Y Segmentación En El Sistema General De Seguridad Social En Salud*. Bogotá: Universidad Santo Tomás (USTA).

Burki, S., Perry, G., & Dillinger, W. (1999). Más Allá Del Centro: La Descentralización del Estado. *Estudios Del Banco Mundial sobre América Latina y El Caribe*.

Cabases, J., & Errea, M. (2010). Attitudes towards blood and living organ donations, *Documentos de Trabajo de la Universidad Pública de Navarra*; 1004.

Cabieses, B., Tunstall, H., Pickett, K. E., & Gideon, J. (2012). Understanding differences in access and use of healthcare between international immigrants to Chile and the Chilean-born: a repeated cross-sectional population-based study in Chile. *International Journal for Equity in Health*, 11, 68. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-68>

Carrin, G., Politi, C., & Countries, W. H. O. D. of I. C. with. (1996). Exploring the health impact of economic growth, poverty reduction and public health expenditure: technical paper. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/60333>

Cecchini, S., & Madariaga, A. (2011). *Conditional Cash Transfer Programmes: The Recent Experience in Latin America and the Caribbean*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1962666>

Cendex. (2013). Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Universidad Javeriana. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>

CEPAL. (2007). Panorama Social de América Latina. Santiago.

CEPAL. (2006). Capítulo III. Protección social y sistemas de salud. La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad. Santiago.

CEPAL. (2010). La Hora De La Igualdad: Brechas Por Cerrar, Caminos Por Abrir. Santiago.

Cifras financieras del ministerio de salud y protección social (2014). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDEVP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf>

Chicaiza, L. (2005). Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. *Revista de Economía Institucional*, 7(12). Recuperado de <https://revistas.uexternado.edu.co/index.php/ecoins/article/view/148>.

Chicaiza, L., Rodríguez, F., & García, M. (2006). La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. *Revista de Economía Institucional*, 8(15), 269-289.

Chicaiza, L. (2009). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. *Problemas del Desarrollo. Revista Latinoamericana de Economía*, 34(131). Recuperado de <http://dx.doi.org/10.22201/iiec.20078951e.2002.131.7455>

Cobo, A. (2013). Las vicisitudes de la reforma a la salud. Asociación Nacional de Cajas de Compensación-*Asocajas*.

Cohen, G. (2000). Si eres igualitarista, ¿cómo es que eres tan rico?, Barcelona, Paidós.

Cohen, R., & Bloom, B. (2010). Access to and utilization of medical care for young adults aged 20-29 years: United States, 2008. *Medical Benefits*,3. Retrieved from <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.223812460&lang=es&site=eds-live>.

Collins, S. R., Gunja, M., Doty, M. M., & Beutel, S. (2016). Americans' Experiences with ACA Marketplace and Medicaid Coverage: Access to Care and Satisfaction: Findings from the Commonwealth Fund Affordable Care Act Tracking Survey. *Issue Brief (Commonwealth Fund)*, 141-18.

Congreso de la República de Colombia, Gaceta, AÑO XXVII - N° 540.

Congreso de la República de Colombia. Ley No 10 de 1990. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial 39137* de enero 10 de 1990.

Congreso de la República de Colombia. Ley No 60 de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 40987* de agosto 12 de 1993.

Congreso de la República de Colombia. Ley No 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial 41.148* del 23 de diciembre de 1993.

Congreso de la República de Colombia. (2001). Ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá: Imprenta Nación.

Congreso de la República de Colombia. (2007). Ley 1176 de 2007, por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Imprenta Nacional.

Congreso de la República de Colombia. *Ley No 1122 de 2007*. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial 46506* de enero 9 de 2007.

Congreso de la República de Colombia. Ley No 1393 de 2010. Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud, para evitar la evasión y la elusión de aportes a la salud, se redireccionan recursos al interior del sistema de salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.768* de julio 12 de 2010.

Congreso de la República de Colombia. *Ley No 1438 de 2011*. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial No. 47.957* de enero 19 de 2011.

Congreso de la República de Colombia. *Ley No 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.* *Diario Oficial No. 49427* de febrero 16 de 2015.

Congreso de la República de Colombia. *Ley No 1753 de 2015. Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”.* *Diario Oficial No. 49358.* De junio 9 de 2015.

Consejo Privado de Competitividad. (2015). *Informe Nacional de Competitividad 2014-2015.* [Internet] [acceso julio de 2016]:40-56. Recuperado de: <http://www.compite.com.co/site/informe-nacional-de-competitividad-2014-2015/>.

Consejo Privado de Competitividad. (2016). *Informe Nacional de Competitividad 2015-2016.* Recuperado de <http://compite.com.co/wp-content/uploads/2016/05/INC-2015-2016.pdf>.

Consejo Privado de Competitividad. (2017). *Informe Nacional de Competitividad 2016-2017.* Recuperado de http://compite.com.co/wp-content/uploads/2016/11/CPC_Libro_Web_2016-2017.pdf

Culyer, A. J. (2007). Equity of What in Healthcare? Why the Traditional Answers Don't Help Policy - and What to Do in the Future. Recuperado de <http://www.longwoods.com/content/19216>

Cullis, J. y P. West. (1984). *Introducción a la economía de la salud*, Bilbao, Desclée de Brouwer.

Dakin, H., Devlin, N., Feng, Y., Rice, N., O'neill, P., & Parkin D. (2015). The influence of cost-effectiveness and other factors on nice decisions. *Health Economics*, 24, 1256–1271.

Daniels, N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge University Press

Daniels, N. (2002). Democratic Equality. Rawls Complex Egalitarianism. *En Freeman S. The Cambridge Companion to Rawls*. Cambridge University Press.

Dasch, J. (2015). *Indicadores sobre condiciones de salud en grupos poblacionales*. Recuperado de <http://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/11.pdf>.

Davidson, P. L., Andersen, R. M., Wyn, R., & Brown, E. R. (2004). A Framework for Evaluating Safety-Net and other Community-Level Factors on Access for Low-Income Populations. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 41(1), 21–38. https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl_41.1.21.

Davis, K., Abrams, M., & Stremikis, K. (2011). How the Affordable Care Act will strengthen the nation's primary care foundation. *Journal of General Internal Medicine*, 26(10), 1201-1203. doi:10.1007/s11606-011-1720-y.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). *Mirror, Mirror on the Wall, Update: How the U.S. Health Care System Compares Internationally*. Retrieved November 10, 2017, from <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror>.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2014). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV*, Bogotá.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. [Internet]. [acceso abril 13 de 2017]. Recuperado de: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2015.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2016) *Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Retrieved November 10, 2017, from <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2016>.

Determinantes e inequidades en salud, OPS, (2012). Informe Global de Salud, OMS 2016.

Domínguez-Alonso, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública de México*, 53, s168-s176.

Duncan, P., Bertolozzi, M. R., Cowley, S., Egry, E. Y., Chiesa, A. M., & de Siqueira França, F. O. (2015). "Health for All" in England and Brazil? *International Journal Of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 45(3), 545-563. doi:10.1177/0020731415584558.

Dworkin, R. (1981). Justice in Distribution of Health Care. *Mcgill Law Journal revue de droit de mcgill* Montreal (38) 1993, Recuperado de <http://www.lawjournal.mcgill.ca/userfiles/other/4236093-Dworkin.pdf>

Du, L., & Lu, W. (2016). *U.S. Health-Care System Ranks as One of the Least-Efficient*. Recuperado de <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>.

E. Anderson. (1999). What Is the Point of Equality? *Ethics*, núm. 109,287-337.

Easterlin, R. (1999). How Beneficent Is The Market? A Look At The Modern History Of Mortality. *Eur Rev Econ Hist*, 3(3), 257-94.

Elo, I.T., & S.H. Preston. (1996). "Educational Differentials in Mortality: United States, 1979-85." *Social Science and Medicine* 42:47-57. Engels, F. The Condition of the Working Class in England in 1844. New York: D. McLellan, Oxford University Press.

Encuesta Nacional de Demografía y Salud – ENDS. (2010). Información general. Recuperado de https://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/465.

Eslava-Schmalbach, J., Barón, G., Gaitán-Duarte, H., Alfonso, H., Agudelo, C., & Sánchez, C. (2008). Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005. *Revista de Salud Pública*, 10, 3-17. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000100002>

Enthoven, A. C. (1978). Consumer-Choice Health plan (second of two parts). A national-health-insurance proposal based on regulated competition in the private sector. *The New England Journal of Medicine*, 298(13), 709-720. <https://doi.org/10.1056/NEJM197803302981304>.

Etienne, C. (2013). Líder de la salud de las Américas: desarrollo sostenible y equidad. Recuperado de World Health Organization: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=651&Itemid=291&lang=es.

European Commission. (2017). "*Employment, Social Affairs and Equal Opportunities*". Unit E1 - Social and Demographic Analysis. [Monograph]. Retrieved from <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=656>

Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wirth, M. (2002). ed. – Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción. Washington, Fundación Rockefeller/Organización Panamericana de la Salud, 379. ilus. (*Publicación Científica y Técnica No. 585*). ISBN 92 75 31585.

Fandiño L, (2016). Análisis de costo efectividad entre la profilaxis secundaria versus el tratamiento a demanda para la hemofilia A y B. (Tesis de Maestría), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

Farr, W. (1988). Mortality of miners. In: Buck C, Llopis E, Najera E, Terris M, Eds. *The Challenge of Epidemiology: Issues and Selected Readings*. Washington, DC: *Pan American Health Organization (PAHO/WHO)*, 67-71.

Field, M. G. (1973). The concept of the “health system” at the macrosociological level. *Social Science & Medicine (1967)*, 7(10), 763–785. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(73\)90118-2](https://doi.org/10.1016/0037-7856(73)90118-2).

Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Revista de Salud Pública de México*. 1985; 27 (5): 438-53.

Frenz, P. (2007). Innovative practices for intersectorial action on health: a case study of four programs for social equity. Santiago: *WHO Commission on Social Determinants of Health*.

Frenz, P., & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(4), 665-670.

Fresneda, O. (2007). Evaluar las inequidades en salud: propuesta de indicadores para el Observatorio de Equidad en Calidad de Vida y Salud para Bogotá, En Restrepo, D. I. (Ed.), *Equidad y salud. Debates para la acción*, 4, 105-123. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.

Fried, C. (1975). Rights and Health Care — Beyond Equity and Efficiency. *New England Journal of Medicine*, 293(5), 241-245. <https://doi.org/10.1056/NEJM197507312930507>.

Friedman, M. & Friedman, R. (1980). *Free to Choose*. San Diego, Harcourt Brace Jovanovich.

Fuenmayor, J. (2014). Política pública en América Latina en un contexto neoliberal. *Cinta Moebio*, 50, 39-52.

Fuchs, V. R. (2000). The future of health economics. *Journal of Health Economics*, 19(2), 141-157.

García, M., Chicaiza, L. (2001). “Equidad en salud y flexibilización laboral”, *¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud*, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Observatorio de Política Social y Calidad de Vida, Bogotá, Alames, pp. 85-90.

García-Molina & Chicaiza-Becerra. (2010). Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 38(4), 439-442. [https://doi.org/10.1016/S0120-3347\(10\)84002-X](https://doi.org/10.1016/S0120-3347(10)84002-X)

- Gaviria, A. (2017). Los cinco consejos de Alejandro Gaviria a los médicos recién graduados. *Revista Semana*.
- Gaviria, C. (1999). Derecho A La Salud De Los Enfermos De Sida. *Sentencia T-177. Corte Constitucional*. Colombia.
- Gelonch, R. G. i. (2002). *Economía y salud: economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario*. Elsevier España.
- Gelormino, E., Bambra, C., Spadea, T., Bellini, S., & Costa, G. (2011). The effects of health care reforms on health inequalities: a review and analysis of the European evidence base. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 41(2), 209–230. <https://doi.org/10.2190/HS.41.2.b>.
- Geyman, J. (2015). A five-year assessment of the affordable care act: Market forces still trump the common good in U.S. Health Care. *International Journal Of Health Services*, 45(2), 209-225. <https://doi:10.1177/0020731414568505>.
- Giedion, U. (2008) los resultados del aseguramiento en salud en Colombia, frente al acceso, utilización y protección financiera.
- Giedion, U., & Uribe, M. V. (2009). Colombia's universal health insurance system. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(3), 853-863. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.853>.
- Giraldo, C. (2005). *Sistemas de protección social: entre la volatilidad económica y la vulnerabilidad social*, 6. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad De Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo.
- Glassman, A., Escobar, M., Giuffrida, A., & Giedeon, U. (2009). From Few to Many. Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington, DC: *Inter-American Development Bank and the Brookings Institution*, 47-74.
- Glied, S., & Lleras, A. (2008). *Technological Innovation and Inequality in Health. Demography*.
- Gobierno de Chile. (2004). Primeros resultados de la encuesta Casen. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, *Ministerio de Planificación. División Social*.
- Gómez, A. S., Aranguren, W. C., Rocha, A. C. N., & Malaver, C. E. A. (2005). *Análisis de eficiencia técnica de la red Pública de prestadores de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud* (ARCHIVOS DE ECONOMÍA No. 001983). DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. Retrieved from <https://ideas.repec.org/p/col/000118/001983.html>.

González, E., García, L., Guzmán, A., Robledo, R. (2014). Sistemas de Salud de Colombia, Chile y España. *Ministerio de Protección Social Organización Panamericana de la Salud Colombia*.

Gracia, D. (1991). Introducción a la bioética. Editorial Buho: 65, Bogotá. También en *Bol of Sanit Panam 1990*, 108(5-6), 570-585.

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255.

Grupo de Economía de la Salud - GES. (2005). "Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia." *Observatorio Seguridad Social 002581*. Recuperado de <https://ideas.repec.org/p/col/000111/002581.html>.

Guerrero, O. (2006). El mito del nuevo "Management" público. *Gerencia*, 9(25), 1-54.

Guerrero, R., & Prada, S. (2012). *Cuestión Salud*. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-PROESA. Universidad ICESI; 1(1).

Guerrero, R. (2012). Dos problemas de fondo del sistema de salud de Colombia y sus soluciones. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-PROESA. Universidad ICESI. Recuperado de <https://proesablog.wordpress.com/2012/07>.

Guerrero, R. (2013). *Apuntes sobre propuestas de cambio a la Ley No 100*. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-PROESA. Universidad ICESI. Recuperado de <https://proesablog.wordpress.com/2013/03/01/apuntes-sobre-propuestas-de-cambio-a-la-ley-100/>.

Guerrero, R. (2013). *Anatomía de una propuesta de Ley No Estatutaria*. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-PROESA. Universidad ICESI. Recuperado de <https://proesablog.wordpress.com/2013/06/12/anatomia-de-una-propuesta-de-ley-estatutaria/>.

Guerrero, R., Prada, S., & Lambardi, L. (2013). Fallas del mercado, fallas del gobierno e incentivos perversos en el SGSSS. *La Friedrich Ebert Stiftung en Colombia (FESCOL)*.

Guerrero, R., & Prada, S. (2014). *Cuestión Salud*. Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud-PROESA. *Universidad ICESI*, 3(4).

Guerrero, S., & Trujillo, N. (2014). Inequidades en el acceso al sistema general de seguridad social en salud en Colombia. Retrieved from <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/9015>.

Gutiérrez, S, C. (2018). *El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención*. Recuperado de <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/3556>.

Guzmán, K. (2014). Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional* Retrieved November 2, 2017, from <http://www.banrep.gov.co/es/dtser-202>.

Haseltine, W. A., & Brookings, I. (2013). *Affordable Excellence: The Singapore Healthcare Story*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press Health at a Glance: Asia/Pacific, Books / Health at a Glance: Asia/Pacific / 2014: Measuring Progress towards Universal Health Coverage. (n.d.). [Text]. Retrieved December 9, 2017, from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-asia-pacific-2014_health_glance_ap-2014-en Health at a Glance, Statistics / Health at a Glance / 2015: OECD Indicators. (n.d.). [Text]. Retrieved December 9, 2017, from http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en Key Household Income Trends, 2016. Statistics Singapore - Publications and Papers - Population. (n.d.). Retrieved December 9, 2017, from <http://www.singstat.gov.sg/publications/publications-and-papers/population>.

Hanson, K., Gilson, L., Goodman, C., Mills, A., Smith, R., Feachem, R., & Feachem, N. S. (2008). Is private health care the answer to the health Problems of the world's poor? *PLoS Medicine*, (11), 1528. Retrieved from <http://ezproxy.unal.edu.co/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsgao&AN=edsgcl.202254701&lang=es&site=eds-live>

Hernández Bello, A. (2009). El trabajo no remunerado de cuidado de la salud: naturalización e inequidad. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8(17), 173-185.

Harsanyi, John C. (1955). "Cardinal Welfare, Individualistic Ethics, and Interpersonal Comparisons of Utility," *Journal of Political Economy* 63, (4) 309-321. <https://doi.org/10.1086/257678>.

Hayeck, F. Von. (1997). *Los fundamentos de la libertad*, Barcelona, 449-450.

Hernández, M., Vega, R. (2001). Presentación. ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud, Plataforma Interamericana de Derechos Humanos, Democracia y Desarrollo, Observatorio de Política Social y Calidad de Vida, Bogotá, Alames, 2001, pp. 9-15

Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 991-1001. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400007>.

Hernández, D. (2006). *La Universalidad como fundamento para el diseño de la política social, propuesta caso colombiano*. (Tesis Doctoral). Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C.

Hernández-Álvarez, M. (2008). El Concepto de Equidad y el Debate sobre lo Justo en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10, 72-82.

Hernández, A. (2012). Equidad en calidad de vida y salud en Bogotá. Avances y reflexiones, Colección La seguridad social en la encrucijada, Óscar Fresneda B. Tomo VI. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 11(22), 141-147.

Hernández, M. (2007). El pasado y el futuro del Observatorio para la Equidad. En D. I. Restrepo (Ed.), *Equidad y salud. Debates para la acción*, 4, 175-194. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.

Hernández-Aguado, I., Santaolaya-Cesteros, M., & Campos, E. P. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26(Supl.1), 6-13.

Hernández., Santaolaya., & Campos. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Barcelona: Servicio de Estudios y Prospectivas en Política de Salud del consorcio Hospitalario de Cataluña - SESPAS.

Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 210-220. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892005000300012>.

Hsiao, WC., & Liu, Y. (2001). Financiación de la asistencia sanitaria: valoración de sus relaciones con la equidad en salud. En Evans T; Whitehead,M; Diderichsen, F; Wirth, M. (editores): 283-299. Humblet, Martine y Rosinda Silva. (2002), *Seguridad social: normas para el siglo XXI*. Ginebra: OIT.

Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services 1920 (Lord Dawson of Penn). (1920, Mayo 27). Recuperado 13 de enero de 2019, de <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>

Jaramillo, I. (1999). *La seguridad social en Colombia*. La Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Mito y Realidad. Quito: ILDIS-FES-CUNASSC, 79-180.

Jaramillo, I. (2000). El futuro de la salud en Colombia ley 100 de 1993.

Jørgensen, S., & Holzmann, R. (2003). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 21(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=1202110>.

Kakwani, N.C. (1980). *Income Inequality and Poverty. Methods of Estimation and Policy Implications*. Oxford University Press, Oxford. Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., Frenk, J. (2012). The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).

Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., & Frenk, J. (2012). The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X).

Krieger, N. (2002). Glosario de epidemiología social. En: OPS- OMS. *Boletín epidemiológico*, (23), 10.

Krugman, Paul. (2009). “Why markets can’t cure health care?”. *The New York Times*. Recuperado de <http://krugman.blogs.nytimes.com/2009/07/25/why-markets-cant-cure-healthcare> (febrero 02 de 2015).

Krugman, Paul. (2013). “Why Inequality Matters” en *New York Times*. Recuperado de http://www.nytimes.com/2013/12/16/opinion/krugman-why-inequality-matters.html?_r=0 [Consultado 2 de octubre de 2014].

Kunst, A.E., V. Bos., O. Andersen, J.-K., Borgan, M., Cardano, G., Costa, S., Harding, Ö., Hemström, R., Layte, E., Regidor, A., Reid, P., Santana, T., Valkonen., & Mackenbach, J.P. (2002). “Monitoring of Trends in Socioeconomic Inequalities in Mortality: Experiences from a European Project.” *Paper presented to the IUSSP seminar on “Determinants of Diverging Trends in Mortality,”* Rostock, Germany, June 19–21.

Lang, T., Kaminski, M., & Leclerc, A. (2009). Report of the WHO commission on social determinants of health: a French perspective. *Eur J Public Health*, 9(2)1, 133-5.

Le Grand, J. (1982). Health care. In: *The Strategy of Equality (J. Le Grand, ed.)*, 23-53, London: Allen & Unwin.

Le Grand, J. (1990). Equity versus Efficiency: The Elusive Trade-Off. *Ethics*, 100(3), 554-568.

Linde, L. M. (2004). Renta básica, justicia cósmica. RDL. *Revista de libros*.

Link, B.G., Northridge, M.E., Phelan, J.C., & Ganz, M.L. (1998). "Social Epidemiology and the Fundamental Cause Concept: On the Structuring of Effective Cancer Screens by Socioeconomic Status." *Milbank Quarterly* 76:375-402.

London, S., Temporelli, K. L., & Monterubbianesi, P. D. (2009). Vinculación entre salud, ingreso y educación: Un análisis comparativo para América Latina. *Economía y Sociedad*, 14(23), 5.

Londoño, J., & Frenz, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Recuperado de <https://publications.iadb.org/handle/11319/6127>.

Londoño, J. L. & Frenk, J. (1997) Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy*, 41(1), 1-36.

Lo Vuolo, R. M. (1995). Structural reforms and labor markets in Argentina. *Scandinavian Journal Of Social Welfare*, (3), 131.

Lustig, N. (2017). Salud y desarrollo económico. El caso de México. *El Trimestre Económico*, 74(296), 793-822.

Macintyre, S. (1998) Social inequalities in health in the contemporary world: comparative overview. In: Strickland, P. and Shetty, P. (eds.) *Human Biology and Social Inequality*. Cambridge University Press: Cambridge, 20-35.

Mackenbach, J.P. (2005). «Health Inequalities: Europe in Profile», Informe independiente comisionado y publicado por la presidencia del Reino Unido de la UE. Recuperado de http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile,0.pdf.

Málaga, H., Latorre, M., Cárdenas, J., Montiel, H., Sampson, C., & De Taborda, M. (2000). Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev Salud Pública*, 2, 193-220.

Manrique-Villanueva, L., & Eslava-Schmalbach, J. (2015). Auscultando la corrupción en la salud en la salud: definición y causas. ¿Qué está en juego? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(4), 308-314.

Martínez, M., León F., Giraldo, C., García, A., Rodríguez, C., Barrios, S. (2012). Financiación Y Segmentación En El Sistema General De Seguridad Social En Salud. Bogotá: Universidad Santo Tomás (USTA).

Marshall, A. (1949). " El porvenir de las clases obreras" Artículo incluido en obras maestras de Alfred Marshall. *Fondo de Cultura Económica*, 197.

Marshall, M. (2015). A precious jewel - the role of general practice in the English NHS. *The New England Journal Of Medicine*, (10), 893.

Martínez, F.L. (2006). *Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud Revisión conceptual*. [Internet] Recuperado de <https://issuu.com/viejo03/docs/lectura-1-equidad-inequidad-en-salud1/4>.

Martínez, F.L. (2009). *Finanzas de la salud, un problema estructural*. Recuperado de <https://www.cid.unal.edu.co/cidnews/index.php/noticias/550-finanzas-de-la-salud-un-problema-estructural.html>.

Medici, A., Londoño, J.L., Coelo, O., & Saxenian, H. (1997). Managed care and managed competition in Latin America and the Caribbean. *Innovations in health care financing. World Bank*, Washington. 215-33.

Melkas, T. (2013). Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(11_suppl), 3-28. <https://doi.org/10.1177/1403494812472296>.

Mesa-Lago, C., & Bertranou, F. (1998). Manual de economía de la seguridad social latinoamericana. *Centro Latinoamericano de Economía Humana*.

Mesa-Lago, C. (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social- CEPAL. Recuperado de: <http://www.eclac.cl/cgibin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl>

Mckinsey & Company. (2009). Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia. Bogotá, D.C. *Ministerio de Comercio, Industria y Turismo*.

Mills, A., Ranson, K. (2001). *The design of health systems*. In: Merson, M; Black, R; MILLS, A, (eds.) International Public Health. Aspen Publishers, Gaithersburg.

Ministerio de Hacienda. (2016). Informes de Seguimiento Fiscal. Evasión De Aportes en el Sistema Colombiano de Seguridad Social Integral: Independientes Declarantes de Renta. Recuperado de http://www.minhacienda.gov.co/HomeMinhacienda/ShowProperty;jsessionid=uDH3vqsnHKIoRw9sm8iEelf1AmSXGbYKNNjr07z8LgWahKERqIKb!203701145?nodeId=%2FOCS%2FP_MHCP_WCC-040947%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

Ministerio de Salud y Protección Social. (1994) Resolución 5261 de Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCi%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

Ministerio de la Protección Social (2005) Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud Ministerio de la Protección Social.pg 61.

Ministerio de Salud y Protección Social en Salud. (2014). Cifras Financieras del Sector Salud. Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDEVP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20%20Bolet%20C3%ADn%20No%202.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Análisis de Situación de Salud. Colombia*, Bogotá D.C., Colombiano: Imprenta Nacional.

Monterubbianesi, P. D. (2014). El rol de la salud en el proceso de crecimiento económico: una revisión de la literatura. *Cuadernos de Economía*, 33(62), 91-121. <https://doi.org/10.15446/cuad.econ.v33n62.43667>.

Molina, C.G. (2006). *Universalismo básico*, Una nueva política social para América Latina.

Montenegro, T. F., & Acevedo, O. B. (2013). 2013. Universal Health Coverage UNICO Studies Series No. 15. Colombia Case Study: The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System, *The World Bank*, Washington DC.

Montero, R., & Jimenez, J.D. (2008). “Evolución de la equidad interterritorial en el acceso a los servicios sanitarios entre las CCAA españolas (1987- 2003) y su relación con la evolución del gasto sanitario público”, *Cuadernos Económicos del ICE*, 75, 167-190.

Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Sarnak, D. (2016). *International Profiles of Health Care Systems, 2015*. The Commonwealth Fund. Retrieved November 10, 2017, from <http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2016/jan/international-profiles-2015>

Musgrove, P. (1996). Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. *World Bank Discussion Paper No. 339*. Washington, D.C., Estados Unidos: The World Bank.

Mushkin, S. J. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports*, 73(9), 785-794.

Mushkin, S. J. (1999). Hacia una definición de la Economía de la Salud. *Lecturas de Economía*, 51(51), 89-109.

National Healthcare Quality and Disparities Report and 5th Anniversary Update on the National Quality Strategy. (2016). Retrieved November 10, 2017, from </research/findings/nhqdr/nhqdr15/index.html>

Navarro, V. (2007). Neoliberalism as a class ideology. *En V. Navarro (Ed.)*, Neoliberalism, globalization and inequalities. Consequences for Health and Quality of Life, 10-23.

- Nivaldo L., & López, A.O. (2008). *La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva*.
- Nordhaus, W. (2002). In *Measuring the Gains From Medical Research. An Economic Approach*. Edited by K. Murphy and R. Topel. Chicago: University of Chicago Press.
- Norberg, Johan. (2005). *In Defence of Global Capitalism*. Nueva Delhi, Liberty Institute.
- Nozick, R. (1988). *Anarquía, Estado y Utopía*. Madrid: Fondo de Cultura Económica. (Trabajo original publicado en 1974).
- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, S. M., & Ramírez, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro-*. Recuperado de <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/2906>
- Ocampo, J. A. (2001). "Raúl Prebisch y la agenda del desarrollo en los albores del siglo XXI". En: *Revista de la CEPAL*, 75, Santiago de Chile, agosto.
- O'connell, T., Rasanathan, K., & Chopra, M. (2013). What does universal health coverage mean? *Lancet*, 6736(13), 13-15.
- Oficina Internacional del Trabajo y Asociación Internacional de la Seguridad Social (OIT-AISS). (2001). *Principios de la seguridad social*. Ginebra.
- Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales. (2014). Monitoreo a los objetivos de desarrollo del milenio. *Boletín de monitoreo y evaluación*.
- Olavarría, M. (2005). Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica*, 11(1), 47-64. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2005000100006>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Perfil del sistema de servicios de salud*. Chile. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud. (1998). *Las condiciones de salud en las Américas*. (2). Washington D.C. [Internet] Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/pdf/SaludVol2.pdf>.
- Olsen, J. (2012). Concepts of Equity and Fairness in Health and Health Care in Glied, S. (1), & Smith, P. C. (2, 3). *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford University Press, 34,829. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199238828.001.0001>.
- Ortún, R. V. (2000). Desigualdad y salud. *Política y sociedad* (35) Madrid: 65-71.

Ortún-Rubio, V., Pinto-Prades, J. L., & Puig-Junoy, J. (2001). La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Atención Primaria*, 27(1), 62-64. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78776-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78776-8)

Ospina, A. A. G. (2008). Reforma del sistema de salud en Colombia: focalización del gasto público social en salud. *Semestre Económico*, 11(21), 45-63.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

Pan American Health Organization-PAHO/WHO. (2013). CD52.R13 Human resources for health: increasing access to qualified health workers in primary health care-based health systems the 52nd directing council, Washington, D.C., EUA. Retrieved from <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/4441>

Pappas, G.S., Queen, S., Hadden, W., & Fisher, G. (1993). "The Increasing Disparity in Mortality Between Socioeconomic Groups in the United States, 1960 and 1986." *New England Journal of Medicine* 329:103-109.

Pascual, M., & Cantarero, D. (2013). Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 281 – 302.

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Pereira, J. (1988). La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias. En salud y equidad, In: *VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales*, 31-52. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo,

Phelps, C. (1986). Induced Demand - Can We Ever Know Its Extent? *Journal of Health Economics*, 5(4), 355-365.

Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R., & Aday, L. A. (1998). Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Services Research*, 33(3 Pt 1), 571-596.

Pierre R. (Ed. 1ª 5ª reimpression, 224). (1995). *La Nueva Cuestión Social Repensar el Estado Providencia*. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Manantial S.R.L.

Piketty, T. (2014) Capital in the 21st century. *Cambridge*, Belknap Press.

Prada-Ríos, S. I., Pérez-Castaño, A. M., & Rivera-Triviño, A. F. (2017). Clasificación de instituciones prestadoras de servicios de salud según el sistema de cuentas de la salud de la

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico: el caso de Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 51-65. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cips>

Prieto, L., Sacristán, J. A., Antoñanzas, F., Rubio-Terrés, C., Pinto, J. L., & Rovira, J. (2004). Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Medicina Clínica*, 122(13), 505-510. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74288-8](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74288-8)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD. (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio Colombia*. Recuperado de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2013) *Informe sobre Desarrollo Humano*. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso. Nueva York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Puyol, G., Á., & González, Á. P. (2004). La herencia igualitarista de John Rawls. *Isegoría*, 0(31), 115-130. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2004.i31.457>.

Puyol, Ángel. (2015). Rawls El filósofo de la Justicia. *Ed. Bonallettera Alcompras S. L*

Quiroga, M. (2009). Análisis y medición de las inequidades socioeconómicas en la salud inter-regionales en Chile. *Revista Economía Y Administración*, 72.

Quivy Campenhoudt (1992) - Manual de Investigación en Ciencias Sociales. (s. f.). Recuperado 15 de enero de 2019, de <https://es.scribd.com/doc/194853626/Quivy-Campenhoudt-Manual-de-Investigacion-en-Ciencias-Sociales>

Rangel P., & Rangel, A. M. (2004). «Restricciones al comercio de servicios de salud». *Archivos de Economía, Documento*, 267, 1-61.

Ramírez, J. (2010). Emergencia Social en Salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. *Economía Colombiana, Contraloría General de la República*, 330, 18-35.

Rawls, John. (2002). *La justicia como equidad*. Una reformulación Trad. Andrés de Francisco. Edición a cargo de Erin Kelly. Barcelona, Paidós/Estado y Sociedad, 1ª edición en esta presentación, 28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-00122014000200020>.

Ray, D. (1998). *Development Economics*. Princeton, N.J: Princeton University Press.

Reina, Y. (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). *Documentos de trabajo sobre economía regional*. Banco de la República.

Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. (2005). *Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS*.

Report for Selected Countries and Subjects, *Fondo Monetario Internacional, ed.* (2018)

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (1997). Decreto 2753 “Por el cual se dictan las normas para el funcionamiento de los Prestadores de Servicios de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.” Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-2753-de-1997.pdf>

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2006). Decreto 1011 “Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad-SOGC”. Ministerio de la Protección Social. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Mención a la excelencia a 37 IPS del país.* (s. f.). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-entrega-mencion-a-la-excelencia-a-37-IPS-del-pais.aspx>.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – SGSSS.* Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf>.

República de Colombia. Defensoría del Pueblo. (2015). Sigue creciendo el número de tutelas en salud. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/3414/Sigue-creciendo-el-n%C3%BAmero-de-tutelas-en-salud-Tutelas-salud-D%C3%ADa-Mundial-de-la-salud-justicia-Plan-Obligatorio-de-Salud-Fallas-de-tutela-Derechos-Humanos-EPS.htm>

República Colombia. Defensoría del Pueblo. (2005). Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/public/Informesdefensoriales/920/Evaluaci%C3%B3n-de-los-servicios-de-salud-que-brindan-las-empresas-promotoras-de-salud---2005-Informes-defensoriales---Salud.htm>.

República de Colombia. Defensoría del Pueblo. (2013). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social. Bogotá D.C.

República de Colombia. Defensoría del Pueblo. (2014). *Encuesta sobre salud*. Recuperado de <http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/355/>.

República de Colombia, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (2014). *Boletín de seguridad social*. Bogotá, D.C.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Indicadores básicos, Situación de Salud en Colombia*. Recuperado el 20 de diciembre de 2015, de http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Diario Oficial 48792*. Resolución 1552.

República de Colombia, Superintendencia de Salud. (2013). Entidades Promotoras de Salud Régimen Contributivo y Subsidiado. *Informe situación financiera*.

Restrepo, D. (2007). *Equidad y Salud. Debates para la acción. (Vol. 4)*. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.

Restrepo, D. (2010). *Inequidad social en salud. El caso de Bogotá (Vol. 5)*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID.

Restrepo, D. (2015). *Procesos de descentralización en Bolivia y Colombia, 1980-2005*. Una propuesta de economía política espacial comparada. Bogotá, D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

Restrepo, J., Echeverri, E., Vásquez, J., & Rodríguez, S. (2003). Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Revista Gerencias y Políticas en Salud*, 4, 1.

Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242-265. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>

Restrepo Zea, J. H., & Rojas López, K. K. (2016). La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*. <https://doi.org/10.17533/udea.le.n84a07>.

Rodríguez, C., & Tokman, Mr. (2000). *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*. Santiago: CEPAL.

Rodríguez, A. Sandra. (2010). Barreras y Determinantes en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación, (Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada), Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Roemer, J. (1993). "A pragmatic theory of responsibility for the egalitarian planner," *Phil. & Pub. Affairs* 22, 146-166.

Roemer, J. (1996). *Theories of distributive justice*, Cambridge MA: Harvard University Press.

Roemer, J. (2012). "On several approaches to equality of opportunity" *Econ. & Phil.* 28, 165-200.

Romero, R. V. (2001). Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Revista de Salud Pública*, 3(2), 97-126.

República de Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Rueda de prensa actualización del POS y aumento de la UPC, <https://youtu.be/eppVmywtCJw> – YouTube, 2015. Bogotá D.C.

Rosenthal, M. B., Zaslavsky, A., & Newhouse, J. P. (2005). The Geographic Distribution of Physicians Revisited. *Health Services Research*, 40(6), 1931–1952. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2005.00440.x>.

Ruiz, F. (2018). Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). *En Agenda de Salud. Vecino. A. (ed). Universidad de los Andes*.

Sacristán, J., Ortún, V., Rovira, J., Prieto, L., & García-Alonso, F. (2004). Evaluación económica en medicina. *Medicina Clínica*, 122(10), 379-382.

Samuelson, P. (1947). *Fundamentos de análisis económico*. El ateneo Editorial

Santos Ospina, A. C., García Molina, M., & Chicaiza Becerra, L. (2016). ¿Crisis financiera o de gestión? Evolución del sector salud desde la perspectiva de los entes territoriales. *Apuntes del Cenes*, 35(61), 177-206.

Sateren, W.B., Trimble, E.L., Abrams, J., Brawley, O., Breen, N., Ford, L., McCabe, M., Kaplan, R., Smith, M., Ungerleider, R., & Christian, M.C. (2002). "How Sociodemographics, Presence of Oncology Specialists, and Hospital Cancer Programs Affect Accrual to Cancer Treatment Trials." *Journal of Clinical Oncology* 20, 2109-17.

Schumacher, R., & Oris, M. (2011). Long-term changes in social mortality differentials. Geneva, 1625–2004. *Explor Econ History*, 48(3), 357-365.

Schmalbach, J. E., Barón, G., Duarte, H. G., Alfonso, H., Calderón, C. A. A., & Sánchez, C. (2008). Evaluación del Impacto en Costo-equidad del Sistema de Salud en Colombia 1998-2005. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 3-17. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000100002>.

SEN, Amartya K. (2000). Desarrollo como libertad. Editorial Planeta, Bogotá, 440p.

SEN, Amartya K. (2003). La economía política de la focalización. En: Revista Comercio Exterior, vol. 53, núm. 6. México, p. 555-562.

Servicio de estudios y prospectivas en política de salud del Consorcio hospitalario de Cataluña, Barcelona España –SESPAS. (2008). *Reforma, Equidad y Eficiencia de los Sistemas de Salud en Latinoamérica*.

Smith, A. (1776). An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health. (*W. H. Organization, Ed.*). Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice).

Solimano, G., Vergara, M., & Isaacs, S. (1999). Las Reformas de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Crítico. Santiago de Chile: *Corporación de Salud y Políticas Sociales*.

Steffen, M. (2016). Universalism, responsiveness, sustainability - regulating the French health care system. *The New England Journal Of Medicine*, (5), 401

Stiglitz, J. (1994). *Replanteamiento del papel del Estado en la economía*. La provisión de bienes privados suministrados públicamente.

Stiglitz, Joseph E. (1999). Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy. *IHEA Meetingd*, Rotterdam.

Stiglitz, J. (2000). *La economía del sector público* (3 ed.). M. Rabasco, & L. Toharia (trads.) Barcelona, España: Antoni Bosch.

Stiglitz, J. (2014). "Why Inequality Matters" (Speech to Senate Budget Committee) en *ZNet*. 7 de Abril. Recuperado de <http://zcombeta.org/znetarticle/why-inequality-matters/> [Consultado el 2 de octubre de 2014].

Stock, S. (2015). Integrated ambulatory specialist care - Germany's new health care sector. *The New England Journal of Medicine*, (19), 1781.

Stoyanova, A., Rodríguez, M., & Pinilla, J. (2008). "El mapa de las desigualdades en salud por grupos de edad en España". *Cuadernos Económicos del ICE*, 75, 21-42.

Suárez, D. (2003). *Indicadores de Gestión de Riesgos operación, indicadores e índices en el área de la salud Manizales* – Banco Interamericano de Desarrollo Universidad Nacional de Colombia - Sede Manizales Instituto de Estudios Ambientales - IDEA.

Suárez-Rozo, L. F., Puerto-García, S., Rodríguez-Moreno, L. M., & Ramírez-Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Gerencia y Políticas de Salud*, 16(32), 34-50. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps16-32.cssc>

Tapia-Granados, J.A. (2013). Crecimiento económico e inequidades en salud, *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 657-64.

Tim, A. (2015). ¿Por qué importa la desigualdad? Del economicismo a la integridad social. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México Nueva Época, Año LX, 223,191-208.

Titelman, D. (2008). *Acceso y cobertura de los sistemas de salud en América Latina: una agenda pendiente*. Reformas para la Cohesión Social en América Latina. Santiago: CEPAL/CIDOB;

Thouez, J.P. (2006). "The influence of poverty, deprivation and social class on health inequality: a review of American and Canadian literature". *Estudios de Economía Aplicada*, 24, 755-776.

Toth, F. (2016). Classification of healthcare systems: Can we go further? *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 120(5), 535–543. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.011>

Tolentino, S. M. (2009). Sistema único de salud: la experiencia brasileña en la universalización del acceso a la salud. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud publica* [online]. (26), 2, 251-257. ISSN 1726-4634.

Uribe, L. M. (2003.) Economía del Bienestar y Justicia Distributiva. Ética y Economía. *Universidad Externado de Colombia*. Editors: Jorge Iván González, 220-253.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Van Der Burg, H. (2000). "Equity in the delivery of health care in Europe and the US " *Journal of Health Economics*, 19 (5), 553-583.

Van der Zee, J., & Kroneman, M. W. (2007). Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Services Research*, 7, 94. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-94>.

Vargas, J. (2007). *Escisión entre la racionalidad económica instrumental y la gobernabilidad de la sociedad*. Contribuciones a la Economía. Recuperado de <https://www.eumed.net/eve/resum/06-04/jgvh.htm>

Van Doorslaer, E., Masseria, C., Koolman, X., & OECD Health Equity Research Group. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 174(2), 177–183. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050584>

Van Doorslaer, E., & Gerdtham, U.-G. (2003): «Does inequality in selfassessed health predict inequality in survival by income», *Social Science and Medicine*, 57, 1621-1629.

Van Doorslaer, E., X. Koolman, & Jones, A.M. (2004). "Explaining Income-Related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe." *Health Economics* 13:629-47.

Vargas, I., Vázquez, M.L., & Jane, E. (2002). Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica, Servicio de Estudios, Consorcio Hospitalario de Cataluña, Barcelona, España. *Cad. Saúde Pública* 18(4): 927-937.

Vargas, I., Vázquez, M., Navarrete, M. L., de la Corte, P., Mogollón, A., & Unger, J. P. (2008). Reforma, equidad y eficiencia de los sistemas de salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria, (22) Supplement 1, 223-229. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76096-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76096-5).

Vargas, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701–712. Retrieved from <http://oai.redalyc.org/articulo.oa?id=42219911001>.

Vargas Jaramillo, J., & Molina Marín, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *instname: Universidad de Antioquia*. Recuperado de <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/handle/10495/8167>

Vargas Yara, G. (2004). ¿Es equitativo el gasto social en salud? *Cuadernos de Economía*, 23(41), 171-193.

Vásquez Y Gómez. (2006). El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano.

Veatch, R. M. (1981). *A theory of medical ethics*. Basic Books Publ.

Veatch, R. M. (1997). *Medical Ethics*. Jones & Bartlett Learning.

Vega, W. (2010). *Transformaciones en la protección social en Colombia. (1946-1993)*. Maestría tesis. Universidad Nacional de Colombia 48.

Vega, R. (2001) Evaluación de políticas en salud en relación con justicia social. *Rev. de Salud Pública*; 3(2): 97- 135.

Velásquez, J. V., & Portilla, K. G. (2006). El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: un estudio de caso para el régimen contributivo. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5(10). Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2742>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Wade, R. H. (2005) "Does Inequality Matter?" en *Challenge*. (48), 5, septiembre-octubre, 12-38.

Wagstaff, A. (1989): "Estimating efficiency in the hospital sector: a comparison of three statistical cost frontier models", *Applied Economics*, 21, 659-672.

Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E. (1992). Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions. In: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care an International Perspective* (A. Wagstaff, E. Van Doorslaer, & F. Rutten, ed.), 85-103, Oxford: Oxford University Press.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U.-G., Gerfin, M., Gross, L., & Hakinnen. U. (1992). "equity in the finance of health care: some further international comparisons.". British library document supply Centre inside serials & conference proceedings, *journal of health economics*, (11), 4,361-387.

Wagstaff, A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*, 80:97-105.

Wagstaff, A. (2013). Cobertura universal de salud: ¿Un producto viejo en un nuevo envase? Si así fuera, ¿es eso tan malo? Published on Voices (<https://blogs.worldbank.org/voices>). URL retrieved on <https://blogs.worldbank.org/voices/es/cobertura-universal-de-salud-un-producto-viejo-en-un-nuevo-envase-si-as-fuera-es-eso-tan-malo>.

Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. *Social Policy & Administration*, (1), 70.

Whitehead, M. (1991). *Los conceptos y principios de la Equidad en Salud*. Organización Panamericana de la Salud, 9.

Winslow, C., & Prof. Gunnar Myrdal. M. (1952). World HEALTH Organization. Fifth World HEALTH ASSAMBLY 5-22 *Technical Discussions* 1 -28 incl. addresses delivered.

World Health Organization-WHO. (2000). *The World Health Report 2000*. Recuperado de [https:// www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf](https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf).

World Health Organization-WHO. The World Health Report (2006). *Working together for health*. Geneva: World Health Organization; 2006.

World Health Organization-WHO. *The World Health Report* (2010). Recuperado de http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en/

World Health Report: HEALTH SYSTEMS FINANCING: The path to universal coverage. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2010/en/Stiglitz>, Joseph E. (1999). Incentives and Institutions in the Provision of Health Care in Developing Countries: Toward an Efficient and Equitable Health Care Strategy. *IHEA Meetingd*, Rotterdam.

Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (1991). The deteriorating administrative efficiency of the US health care system. *New England Journal of Medicine*, 324, 1253-1258.