
ESPACIO ABIERTO

¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?

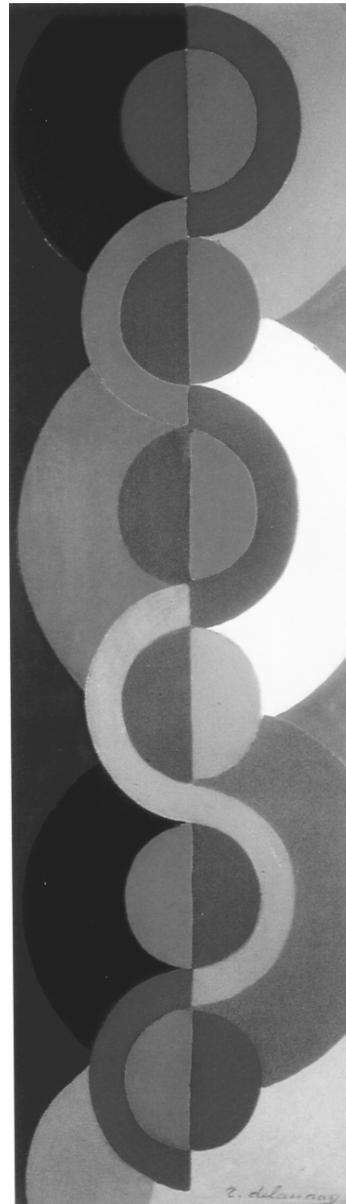
Jairo Humberto Restrepo Zea

Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud

Ramón Abel Castaño Yepes

Modelos de predicción de variables que afectan la siniestralidad por eventos de alto costo

Walter Toro Jiménez



¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?*

Jairo Humberto Restrepo Zea

Fecha de recepción 27-02-04 • Fecha de aceptación 01-07-04

Resumen

La reforma del sector salud, adoptada en Colombia en 1993, implicó cambios institucionales de importancia: abrió la competencia en el aseguramiento; promovió entre los consumidores la libre elección de la entidad aseguradora y el prestador de servicios; buscó la adopción de un plan único de servicios para toda la población; y propició mecanismos de contratación entre aseguradores y prestadores para la provisión de dicho plan. Al cumplirse la primera década de haber adoptado el Sistema general de seguridad social en salud, siguiendo una perspectiva económica se observan varias lecciones que sirven para adelantar ajustes sobre el mismo y orientar reformas en otros países, al tiempo que se puede registrar la experiencia como parte de la producción académica en economía de la salud. Las principales lecciones se refieren a: provisión insuficiente de la salud pública, barreras al acceso, concentración y diferenciación estratégica entre aseguradores, mercados incompletos y descentralización ineficiente. En este artículo se documentan las bondades y dificultades de estos fenómenos, con varias evidencias e hipótesis para la investigación.

Palabras clave: economía de la salud, instituciones, Sistema de salud, reforma del sector salud.

Abstract

Reform of the health sector, adopted in Colombia in 1993, implied important institutional changes: It opened insurance to competition; promoted free choice among users and service providers; pursued the adoption of a single service plan for the whole population; and favored contractual mechanisms between insurers and providers for the provision of such a service. After the first decade of the adoption of a general system of social health insurance, several lessons can be learned from an economics perspective that provide adjustments for it and guidance to reforms in other countries, at the same time that the experience can be registered as part of the academic production in the Economics of Health. The main lessons refer to the insufficient provision of public health, access barriers, insurer concentration and differentiation, incomplete markets and inefficient decentralization. In this article, the successes and difficulties of these phenomena are documented, with several evidences and hypothesis for research.

Key Words: health economics, institutions, health system, health sector reform.

* Este artículo se elaboró en el marco de la investigación "Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano", la cual fue financiada por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias) y la Universidad de Antioquia (proyecto Colciencias 1115-04-11914). Una versión inicial fue presentada como ponencia en 8th. Meeting Annual Latin American And Caribbean Economic Association (Lacea), Puebla, México, octubre 9 a 11 de 2003.

8



Nº 6 JULIO DE 2004



Introducción

El análisis económico de la salud hace parte de los dominios en los que la ciencia económica ha incursionado en las últimas décadas. El interés de los economistas por la asignación de recursos en escenarios en los cuales no funcionan los mecanismos de mercado, estuvo motivado por el llamado de varios autores desde mediados del siglo XX, en particular Paul Samuelson y Kenneth Arrow. Además del trabajo de los economistas y del desarrollo de la teoría, la realidad muestra avances importantes en la provisión de ciertos bienes y servicios de naturaleza distinta a los bienes privados puros, como sucede con educación, salud, seguridad social y medio ambiente, de modo que la incursión privada en su producción y comercialización está acompañada de nuevos marcos regulatorios y de financiamiento para garantizar su asignación bajo condiciones en las que se permite la competencia y, al mismo tiempo, se busca mejorar la equidad cuando se trata de bienes básicos.

Dentro del interés por abordar la provisión de bienes públicos, o bienes privados con fallos de mercado o cuya provisión mediante el mercado genera problemas de equidad, la salud ocupa un lugar importante y es así como la economía de la salud adquiere desarrollos teóricos y empíricos que le dan el reconocimiento en la comunidad académica de los economistas y de otras disciplinas de las ciencias sociales y de la salud (Culyer y Newhouse, 2000). Al mismo tiempo, en el marco de las reformas estructurales de las últimas décadas, los sistemas de salud han evolucionado hacia la formación de mercados y la concesión de un mayor espacio a los agentes privados, para elegir a los administradores de sus planes o seguros de salud y al proveedor de los servicios. De este modo, con la teoría que ofrece la economía de la salud y la práctica de las reformas, se comien-

za a generar una producción académica y técnica que busca respaldar y monitorear tales reformas, al tiempo que se contribuye a la formación de una masa crítica que enfrente los desafíos impuestos por la evolución del gasto y la tecnología de salud, entre otros factores (Fuchs, 2000; Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2003).

Este artículo se enmarca en el propósito de generar producción académica en economía de la salud en América Latina, de modo que además de alimentar la docencia en esta área se busca contribuir al debate sobre las líneas de investigación y los hechos estilizados que ofrecen los mercados de salud en la práctica. En la primera parte se presenta una breve revisión conceptual sobre las características económicas de la salud, destacando los elementos que le dan la connotación de bien público o de bien privado suministrado por el Estado. En la segunda, se toma el Sistema general de seguridad social en salud de Colombia (SGSSS) como un ejemplo de diseño institucional que busca, propiciando la competencia, contener los principales fallos de mercado que enseña la teoría. En la tercera, se presentan varios aspectos sobre el funcionamiento de estos mercados durante los primeros años de reforma. Y en la cuarta, se ofrecen en aras de la discusión algunas lecciones para orientar reformas en otros países y revisar de manera crítica el caso colombiano.

Al reconocer que la investigación en este campo es aún incipiente en Colombia y que hace falta un trabajo más interdisciplinario para abordar su complejidad, el artículo apenas ofrece un esquema de análisis y profundiza en los temas sobre los cuales el autor posee información o ha realizado algunas investigaciones, esto con miras a documentar los aspectos de la reforma colombiana que ofrecen evidencias sobre fallos en la implementación, los cuales a su vez enseñan problemas conceptuales en la formulación



de la política. Lo anterior implica, por una parte, un cierto desequilibrio en la presentación de los temas, con un mayor desarrollo de la parte sobre el funcionamiento de los mercados de salud, además de que en otros casos solamente se plantean hipótesis o referencias generales sobre el estado de la discusión; y por otra, el artículo se centra en las lecciones que pudieran llamarse negativas, para corregir o no imitar, y no trata con el mismo rigor otras de carácter positivo o para imitar que también enseña la experiencia colombiana.

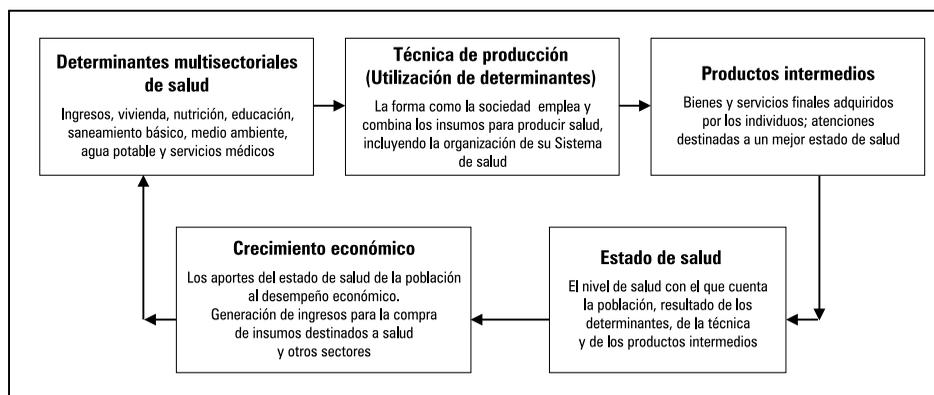
El análisis económico de la salud puede abordarse desde dos perspectivas o líneas de trabajo que hacen parte de la economía de la salud como subdisciplina o área de aplicación de la ciencia económica: por una parte, la salud se considera como un *componente del bienestar* y, en tal sentido, interesa examinar su ubicación en el marco del modelo de desarrollo y su relación con el crecimiento económico (Selma Mushkin, 1999; Amartya Sen, 1999; Michael Grossman, 1972). En un esquema circular, puede verse cómo la salud hace aportes al crecimiento, por ejemplo a través de la productividad en el trabajo o el aprendizaje; por su parte, el crecimiento permite mejoras en la salud, reduciendo los factores asociados con ciertas enfermedades originadas en el ambiente o la falta de ingresos, de modo que además de ocuparnos de los resultados económicos del sistema, también pueden examinarse las causas, condiciones o factores económicos para el desempeño del mismo (Esquema 1).

1. La salud entre lo privado y lo público: ¿hasta dónde puede el mercado y desde dónde debe actuar el Estado o la acción colectiva?

Arrow argumenta que donde los mercados fallan, deben surgir otras instituciones para mitigar los problemas, algunas veces a través de la producción pública y otras veces a través de instituciones privadas que emplean mecanismos de asignación no competitivos (Barr, 1993).

Por otra parte, la salud también se estudia como un *sector económico*, esto es, como el conjunto de actividades económicas y agentes que emplean recursos y obtienen produc-

ESQUEMA 1
LA RELACIÓN SALUD Y CRECIMIENTO ECONÓMICO



Fuente: Restrepo et al., 1999.



tos intermedios encaminados a producir salud. Esta es la perspectiva de análisis que se sigue en el artículo, de modo que se aborda la salud como un bien producido por la sociedad mediante la producción, el intercambio y el consumo de otros bienes y servicios que son objeto de análisis microeconómico¹. Sin embargo, como se detalla a continuación, desde su concepción teórica se advierten dificultades para el cumplimiento de los supuestos del modelo de la microeconomía, de modo que para alcanzar la eficiencia y el bienestar se requieren acciones colectivas o la intervención gubernamental (Arrow, 1963).

1.1 La incertidumbre y el mercado de prestaciones médicas

La preocupación sobre el carácter económico de los servicios de salud y, en particular, el interés sobre las dificultades que se presentan en su provisión, puede expresarse a partir de la existencia de la enfermedad como una negación de la propia salud. Entendida como una alteración en el estado de salud de una persona, la enfermedad ocasiona dos tipos de efectos que tienen una clara connotación económica: por una parte, dependiendo de la gravedad de la alteración, la persona enferma reduce su potencial productivo y afronta una disminución de su ingreso presente o futuro al comprometer su rendimiento en el aprendizaje o la producción. Como se explica en el modelo de demanda por salud de Grossman (1972), un día de incapacidad por enfermedad ocasiona una pérdida igual al salario diario, y un día destinado a promover la salud puede evitar incapacidades futuras y mejorar el desempeño del trabajador, facilitando así un aumento en los ingresos. Por otra parte, además de afectar los ingresos, la enfermedad ocasiona gastos en bienes y servicios (atención médica) para que la persona recupere la salud. En este caso, el gasto corresponde a la depreciación del capital

salud y su tamaño se relaciona de manera especial con la edad, el nivel de educación y el ingreso, además de los determinantes biológicos de la enfermedad.

Estos efectos, ocasionados por la enfermedad, se tornan más preocupantes si se tiene en cuenta el carácter incierto de la misma. A diferencia de la mayoría de bienes y servicios comerciables en el mercado, para los cuales el consumidor establece su gasto en función del ingreso y de sus preferencias, en el caso de la atención médica no se conoce el gasto que debe realizarse debido a la ocurrencia probabilística de la enfermedad y a la variabilidad de su gravedad, los tratamientos disponibles y la eficacia de los mismos (Arrow, 1963). Los consumidores se enfrentan entonces a una incertidumbre financiera al no saber cuánto gastarán en servicios de salud, monto que en la realidad oscilará entre cero, en cuyo caso no hay enfermedad o no se demanda atención médica, y cantidades muy grandes que pueden incluso resultar superiores al ingreso y ocasionar la ruina (enfermedades de alto costo).

La incertidumbre es pues, en la tradición de Arrow, la característica fundamental de los mercados de salud, hecho que justamente los convierte en mercados contingentes. Dentro de las implicaciones de este fenómeno se encuentra, por una parte, la distorsión en el gasto de las familias, al incurrir éstas en atenciones de salud muy costosas o, incluso, al impedir la realización de dicha atención por

1 El análisis sobre los mercados de salud puede complementarse con una mirada sobre aspectos de efectividad y equidad, ligados a la manera como se distribuye entre la población la atención de la salud y, en general, los recursos disponibles para la producción de servicios. El *acceso* adquiere entonces mucha relevancia, un tema en el cual se puede generar conocimiento interdisciplinario, principalmente entre la economía de la salud y la salud pública.



falta de ingresos; por otra parte, en términos de la oferta de servicios, al no existir certeza sobre el pago de las atenciones, los proveedores no tendrían incentivos para instalar una capacidad de atención acorde con las necesidades de la población. A partir de este problema esencial, se llega a la creación del seguro de salud, tanto como solución de mercado (seguro privado) como de política pública (seguridad social). Sin embargo, como se verá más adelante, por tratarse de mercados en los cuales predomina la información asimétrica, el seguro también se ve sometido a varios problemas que amenazan su propia existencia y demandan algunas políticas.

1.2 Fallos de mercado del lado de la demanda

- *Preferencias: ¿completas y consistentes?* El modelo de competencia perfecta supone que los consumidores poseen información relevante para ordenar sus preferencias considerando todas las alternativas posibles y conservando consistencia sobre estas elecciones. En el caso de la salud, se observan varios fallos determinados principalmente por la falta de información y la presencia de factores no racionales en la elección que permiten predecir la imposibilidad de revelar las preferencias acorde con el modelo teórico. Se destaca el desconocimiento que tienen las personas acerca de los determinantes de la salud y, por tanto, de las atenciones que requieren para conservar o mejorar su estado de salud. En este sentido, como opción de política, se promueve la demanda inducida por la oferta, mediante programas de pro-

moción de la salud y prevención de la enfermedad, y también se definen programas o atenciones que adquieren la connotación de bien preferente, como programas de educación sobre salud sexual y reproductiva.

- *Incentivos insuficientes para revelar las verdaderas preferencias.* También se identifican casos de bienes públicos en los que, como lo enseña la teoría, la provisión por el mercado es nula o insuficiente. Se destacan las campañas de salud pública, el control de vectores y la vigilancia epidemiológica. De igual modo, puede considerarse el caso de ciertos bienes con altas externalidades, como las vacunas².

1.3 Fallos de mercado del lado de la oferta

- *Costos y beneficios privados y sociales.* Además de las originadas en el consumo, en salud también se presentan externalidades en la oferta. A partir de ciertas acciones privadas, como la atención al medio ambiente o la generación de información sobre el cuidado de la salud, se presentan efectos externos importantes que pueden promoverse a través de subsidios o de la provisión pública. También puede presentarse el caso contrario, de externalidades negativas, sobre lo cual la teoría ofrece varias soluciones.

- *Economías de escala y comportamientos estratégicos.* En la prestación de servicios de salud, según el tamaño del mercado y la distribución geográfica de la población, y en algunos casos debido al comportamiento estratégico de los proveedores, se observan varios fenómenos relacionados con la limitación de la oferta. Es el caso del monopolio natural, característico de servicios cuya planta de producción implica costos fijos y una demanda relativamente altos, de modo que es aconsejable una sola unidad de producción como en el caso de hospitales locales, unidades renales u oncológicas. Por su par-

2 De la manera como Hirschman (1981) habla del movimiento pendular entre Estado y mercado, en cuanto a la provisión de bienes y la demanda social, Musgrove (1996) dice que una vacuna puede considerarse un bien privado en un momento de epidemia, pero se convierte en bien público cuando la enfermedad se reduce a su mínima expresión.



te, los oligopolios o alianzas entre profesionales o proveedores implican limitaciones para el ingreso a la oferta o definición de tarifas que afectan a los consumidores; por último, el fenómeno de mercados incompletos se refiere a que por razones de falta de información o incentivos para atender la demanda, en ciertos lugares puede existir una demanda por bienes y servicios de salud que no se satisfacen por falta de oferta.

1.4 Los fallos del seguro privado de salud

El seguro de salud, visto en el escenario del mercado, también enfrenta dificultades para su provisión (Cutler y Zeckhauser, 1999). En especial, al tratarse de un mercado con información asimétrica, en el cual el asegurador carece de información sobre el estado de salud de cada persona al momento de su ingreso, se puede predecir la desaparición del seguro por el fenómeno de la *selección adversa*, de manera que debido a una evolución creciente de las primas, las personas de riesgos más bajos tienden a retirarse y solamente desean continuar cubiertas las de riesgos mayores (Akerlof, 1970). En consecuencia, para garantizar su permanencia en el mercado, las compañías de seguros reaccionan y practican *selección de riesgos*, buscando concentrar su oferta en los mejores riesgos (gastos bajos) y dejar por fuera a la población de ingresos bajos y riesgos altos, además de quienes por problemas de información o preferencia por la incertidumbre no demandan el seguro³.

Como la demanda individual por el seguro de salud implica que solamente quedarían cubiertas las personas a partir de cierto nivel de ingresos y según su valoración sobre el riesgo asociado con la enfermedad, definitivamente muchas personas quedarían descubiertas y las compañías de seguros estarían

sometidas a unos riesgos relativamente altos de enfrentarse a problemas financieros. De estos hechos preocupa que en condiciones de mercado se alcancen niveles de desigualdad importantes, ya que se tendrían personas con unas prestaciones médicas elevadas mientras muchas otras no gozarían de ninguna protección.

Estas situaciones dan lugar a varias recomendaciones importantes para la política pública. Principalmente, se origina el seguro obligatorio de salud, con el cual se procura que todas las personas estén cubiertas y no se excusen de falta de ingresos o de voluntad para hacer parte del seguro; además, una buena opción para conjurar la selección de riesgos y procurar los menores costos administrativos consiste en la adopción de un monopolio para obrar como asegurador, como es el caso de los institutos de seguros sociales en América Latina. La seguridad social se constituye entonces en el programa de gobierno orientado a proteger a las personas contra las consecuencias que trae consigo la enfermedad. Se trata de una demanda de carácter colectivo que hace parte de la política social del Estado, o lo que es lo mismo, constituye un bien meritario o preferente elegido por las sociedades para brindar protección a los individuos, de manera que se impone la racionalidad social y se obliga a la persona a pertenecer al programa o se garantiza su inclusión mediante la financiación pública⁴.

3 Akerlof (1970) desarrolló un modelo de mercado con información asimétrica y demostró que una situación de esta naturaleza llevaría a que el mercado no se pueda vaciar por cuanto “los limones malos desplazan a los limones buenos”, de modo que solamente se comercian, si es que se comercia alguno, los bienes de menor calidad. Su trabajo, conocido por el mercado de los limones, fue pionero para explicar los problemas de selección adversa y ha sido tomado para estudiar este fenómeno en el caso del seguro de salud (Friedman, 1984).





Además de los problemas asociados con los riesgos, los cuales afectan inicialmente a las compañías de seguros y, en últimas, a las personas para quienes el valor de la prima supera su capacidad de pago o disposición a pagar, el seguro privado también se enfrenta al problema del *riesgo moral*, el cual se traduce en un sobreconsumo por la desaparición del precio y la negociación directa entre el proveedor y el paciente, como mecanismos de contención del gasto, así como a un problema de eficiencia asociado con los altos costos implicados en la competencia entre los aseguradores (Arnott y Stiglitz, 1988). En estos casos, se plantean opciones de política que hacen parte de las reformas emprendidas en varios países, como son: la adopción de copagos y cuotas moderadoras para regular el riesgo moral de los usuarios, el desarrollo de nuevas formas de contratación para hacer lo mismo con los proveedores, y la fijación de reglas para ejercer la competencia en el mercado de seguros con unos costos administrativos moderados.

2. Diseño institucional del sistema de salud colombiano: ¿corregir fallos de mercado?

La reforma del Sistema de salud en Colombia ofrece un diseño atractivo, con la adopción de instituciones y mecanismos que no presentaban antecedentes principalmente en los países de América Latina. El país adoptó el seguro público de salud con una connotación muy particular: desde un punto de vista macro, hizo explícito el propósito de universalizar el seguro, en un caso extendiendo la cobertura a la familia de los cotizantes mediante el régimen contributivo⁵ y, en otro caso, afiliando de manera gratuita a las personas sin capacidad de pago a través del régimen subsidiado. Para lograr esta ampliación de cobertura, se dispuso un aumento en la contribución sobre la nómina (del 7 al 12% del ingreso salarial), así como en la destinación de recursos fiscales para cubrir los subsidios, en particular mediante las transferencias de inversión social recibidas por los municipios.

- 4 La idea de los bienes preferentes está relacionada con el paternalismo estatal, de modo que el Estado impone el consumo de ciertos bienes que a pesar de garantizar el bienestar de los ciudadanos, pueden ser poco valorados por ellos debido a falta de información o a sus propios gustos (como el cinturón de seguridad en los vehículos y los puentes peatonales en las grandes ciudades), así como de otros bienes y servicios cuyo consumo aumenta el bienestar (como la educación y algunas atenciones de salud) (Stiglitz, 1992).
- 5 En términos prácticos, una persona cotiza al Sistema a través de una EPS, la cual puede ser elegida libremente entre la oferta disponible. Como cotizante, reporta su grupo familiar para recibir los beneficios del POS y la EPS calcula la diferencia entre los recaudos totales y la suma de UPC que requiere, de manera que si hay un saldo positivo debe girarlo al Fosyga y si es éste negativo solicita el reembolso correspondiente. Así las cosas, las EPS se comportan como agentes *sponsor* (Enthoven, 1993), delegadas por el Estado para administrar el seguro obligatorio de salud, y ofrecen la atención en salud a sus afiliados, de manera directa o mediante contratación con las IPS (Anexo 1).

En términos micro, la reforma dio lugar a una nueva organización sectorial basada en los principios de la competencia⁶. En el Sistema anterior existía el monopolio estatal en la provisión del seguro y en la prestación de servicios, contando con el Instituto de Seguros Social (ISS) que agrupaba a los trabajadores del sector privado, y un gran número de fondos y cajas de previsión adscritas a entidades oficiales que brindaban protección a los funcionarios del sector público. Adicional a este segmento, el cual

- 6 Esta combinación macro-micro merece una discusión profunda que considere la consistencia de la relación y las posibilidades de alcanzar las metas previstas para el Sistema bajo dicho marco: mientras en lo macro se plantean unos principios de corte socialdemócrata, en lo micro se promueve la competencia y otros principios neoliberales.



cubría a 20% de la población del país, también se contaba con el sistema de asistencia pública, conformado por los hospitales públicos y algunos privados que recibían financiamiento del Estado para atender en especial a la población de escasos recursos, y los servicios privados y de medicina prepagada, basados en la negociación entre proveedor y usuario y, por tanto, desarrollados en un ambiente de competencia.

2.1 El diseño del Sistema: funciones, agentes y beneficios

Con la reforma de 1993 se quiso integrar estos segmentos en el SGSSS, estructurado sobre la base de las cuatro funciones claves promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2000): *regulación*⁷, en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo encargado de dictar las reglas para la operación del sistema; *financiamiento*, mediante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y algunos recursos fiscales destinados al régimen subsidiado; *administración del seguro*, para lo cual se impulsa un mercado regulado a partir de la desintegración vertical del ISS; y *prestación de servicios*, en cuyo mercado se produjeron transformaciones importantes, impulsadas por los requerimientos de la nueva administración que llevaron a una ampliación de la oferta privada y a un reacomodo de la oferta pública.

Para el desarrollo de estas funciones, la reforma implicó transformaciones institucionales importantes, basadas en la tendencia mundial de una desintegración vertical que profundiza la especialización de funciones, permite la competencia y propicia una mayor eficiencia. En primer lugar, se mantuvo el monopolio público en el financiamiento, trasladando esta función del ISS al Fosyga,

obligando a las entidades del sector público a cotizar en las mismas condiciones que las empresas particulares y concentrando otros recursos públicos para la afiliación en el régimen subsidiado. En segundo lugar, de este monopolio se desprendió un nuevo mercado que habría de servir la administración del seguro, en cabeza de las entidades denominadas empresas promotoras de salud (EPS), en el caso del régimen contributivo, y las administradoras del régimen subsidiado (ARS) (Anexo 2). Y en tercer lugar, se dispuso la separación del negocio de aseguramiento del correspondiente a la prestación de servicios, este último a cargo de las instituciones prestadoras de salud (IPS), de modo que entre aquellas y éstas se desarrollarían mecanismos de contratación para atender a la población cubierta por el seguro en los dos regímenes.

El marco general sobre el cual opera el sistema, visto en términos de la relación entre agentes y funciones, está determinado por dos variables fundamentales, reguladas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud⁸: el plan obligatorio de salud (POS), referido al *producto homogéneo* o plan único de salud que deben ofrecer EPS y ARS a sus afiliados, el cual se expresa en un listado de servicios, medicamentos y procedimientos; y la unidad de pago por capitación (UPC) que consiste en el *precio o prima* que se reconoce a estas entidades para cubrir el valor del POS, incluyendo los gastos de administración del mismo.

A partir de este marco general, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional

7 El concepto propuesto por la OMS es el de rectoría (*stewardship*), mientras en el esquema del pluralismo estructurado de Julio Frenk y Juan Luis Londoño (1997) se habla de modulación. Aunque estos conceptos pueden tratarse como equivalentes a la regulación, los tres poseen distinciones que pueden ser objeto de discusión teórica.



de Salud son los organismos encargados de dictar y vigilar las normas sobre la entrada y operación de las entidades administradoras, destacándose algunas diferencias entre EPS y ARS que permiten afirmar la existencia de dos mercados prácticamente separados, así en la práctica algunas de estas empresas hayan desarrollado, o deseen hacerlo, los dos tipos de negocios; de todos modos, deben mantener un manejo financiero separado. Como diferencia fundamental, se tiene que la demanda por la cobertura que ofrece el régimen contributivo a través de las EPS, aunque es obligatoria, se materializa en un hecho individual en la medida en que cada persona con capacidad de cotizar elige libremente la EPS a la cual desea afiliarse y suscribe con ella un contrato implícito que recoge toda la regulación existente sobre el tema de la afiliación; en cambio, en el caso del régimen subsidiado, la demanda dirigida hacia las ARS se encuentra mediada por un agente estatal, el municipio, que suscribe un contrato explícito para la afiliación de su población pobre con una o varias entidades.

Los beneficios otorgados por el Sistema a sus afiliados se ven complementados con dos planes adicionales. Por una parte, el plan de atención básica (PAB) reúne acciones y programas de salud pública dirigidos en especial a la colectividad y, en forma prioritaria, actividades sobre la vigilancia y el control de ciertas enfermedades, de modo que se trata de un bien público financiado con recursos fiscales y provisto por el Estado a tra-

vés de los municipios. Por otra parte, se establece la posibilidad de que los usuarios negocien con sus EPS el suministro de servicios o comodidades adicionales al POS, mediante los denominados planes complementarios que reúnen entonces características de bienes privados.

Por último, en este esquema general se destaca la participación de las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) mediante la provisión del PAB, la afiliación de la población del régimen subsidiado a las ARS, el manejo de redes de servicios, el suministro de servicios a personas objeto del régimen subsidiado que aún no gozan de la afiliación, y ciertas funciones de vigilancia y control. Esto se realiza en el contexto de la descentralización (ley 60 de 1993) que fue promovida de manera simultánea con la reforma a la seguridad social, de modo que los municipios emprendieron reformas en su interior, orientadas a recibir el manejo del sector en su jurisdicción, propiciando de manera especial la autonomía de los hospitales públicos.

2.2 ¿Cómo se intentan corregir los fallos de mercado?

Este diseño del sistema colombiano recoge algunas recomendaciones que se desprenden de la teoría y ofrece, al mismo tiempo, propuestas novedosas para modernizar los sistemas de salud y buscar armonía en el alcance de propósitos como los de equidad y eficiencia. El hecho más destacado es el intento por universalizar la cobertura del seguro, con lo cual se estaría protegiendo a los hogares de pérdidas financieras, además de dar señales a los proveedores sobre el pago de sus prestaciones. Pero además de buscar que todas las personas reciban los beneficios del seguro, manteniendo el monopolio en el financiamiento como garantía para la solidaridad, en el caso colombiano se introduce la com-

8 Además de estas dos variables, existen otras determinaciones que afectan el funcionamiento de las administradoras y sus incentivos para participar en el mercado, como el mecanismo de pagos compartidos y cuotas moderadoras, referido a los montos autorizados para cobrar a los beneficiarios del seguro cuando reciben servicios de salud; de igual manera, el Consejo establece criterios generales para seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado.



petencia en el aseguramiento o administración del seguro mediante las EPS y las ARS. Estos agentes, en teoría, servirían para equilibrar el diferencial de información entre proveedores y consumidores, de modo que el riesgo moral de los primeros se sometería al control de un comprador colectivo o *sponsor* (Enthoven, 1993) que recibiría por delegación del Estado el manejo del plan de salud de los afiliados. Además, al operar en un ambiente de competencia, se buscaría una mayor eficiencia a la que ofrecía el ISS.

Un aspecto que deja dudas sobre el suministro adecuado de bienes públicos se refiere, por una parte, a la separación de su oferta mediante dos planes de beneficios cuya delimitación puede no ser muy clara; concretamente, mientras se reconoce el carácter de bien público del PAB, en el POS se incluyen actividades de promoción y prevención y otros bienes con altas externalidades cuyo suministro quedaría en manos de agentes privados sin los incentivos suficientes para invertir en ellas. Por otra parte, ambos planes fueron sometidos a la competencia, en el primer caso al descentralizarlo en los municipios y, en el segundo, al dejarlo en manos de las EPS y ARS, lo que puede provocar un cierto comportamiento de *free riders* entre los responsables de su provisión, además de perderse economías de escala en la producción.

En cuanto a la oferta de servicios, la reforma parece no ocuparse directamente de ella y deja que a través de las EPS y ARS se generen mecanismos de contención de costos y racionalidad en la producción de servicios. Llama la atención este punto al desconocer la necesidad de regular situaciones como los monopolios naturales, los monopolios bilaterales y los mercados incompletos.

El aspecto sobre el cual la reforma colombiana parece tomar más enseñanzas de la

economía de la salud, de manera consistente con el propósito de la universalidad, es el del seguro. El problema de la selección adversa es enfrentado mediante varios mecanismos que ofrecen señales positivas para los aseguradores. El mecanismo más importante y claro es el reconocimiento diferenciado de la UPC, ajustando su valor promedio según el riesgo del afiliado (edad, género y ubicación geográfica). También se cuenta con el pago de las licencias de enfermedad y maternidad con recursos adicionales a esta unidad de pago, la exigencia de unos períodos mínimos de cotización para poder brindar cobertura plena del POS, y la cobertura de riesgos adicionales a través de otros seguros también obligatorios, como los de riesgos profesionales y accidentes de tránsito.

Al tiempo que se intenta contener la selección adversa, la reforma también define algunos mecanismos para proteger al consumidor y evitar la selección de riesgos. Como contrapartida de la UPC, se define el POS igual para todos, y, en ambos regímenes, se prohíbe la aplicación de preexistencias y exclusiones, aunque en el régimen contributivo se definen unos períodos mínimos de cotización (hasta 18 meses) para recibir ciertas atenciones costosas; además, se obliga a las EPS a que mantengan dentro de sus afiliados una participación mínima de mujeres entre 15 y 44 años y personas mayores de 60 años.

Finalmente, con miras a contener el riesgo moral, la reforma introduce el pago de cuotas moderadoras, o deducibles en el lenguaje de los seguros, a cargo de los afiliados al régimen contributivo y que corresponden a un monto fijo, diferenciado según el nivel de ingresos, que éstos deben cancelar al momento de recibir atenciones ambulatorias (consulta médica u odontológica, medicamentos y exámenes de laboratorio); adicionalmente, aunque se plantean como un mecanismo de recolección de recursos para





contribuir al financiamiento del Sistema, los beneficiarios de ambos regímenes, sin incluir a los cotizantes, deben realizar pagos por servicios hospitalarios en proporción al valor de los mismos (coseguros) y teniendo también en cuenta el nivel de ingresos. Además de estos mecanismos que involucran a los afiliados, las EPS practican auditorías y definen mecanismos de pago que apuntan a compartir el riesgo con el prestador.

3. Funcionamiento de los mercados: principales hechos de la reforma colombiana

El SGSSS comenzó a operar en Colombia en 1995, con el inicio del régimen contributivo, mientras que el régimen subsidiado y la reforma de las entidades estatales se dieron en forma tardía y con muchas dificultades que aún no son superadas en su totalidad. El análisis sobre la manera como han funcionado los mercados creados en la ley 100 parte de considerar que la meta de cobertura universal no ha sido lograda (Restrepo y Salazar, 2002), de modo que apenas se cuenta con 55% de la población afiliada (30% en el régimen contributivo y 25% en el subsidiado), y que el gasto en salud se incrementó en por lo menos dos puntos del PIB por causa de la reforma (Barón, 2001)⁹.

3.1 Provisión de la salud pública

Los efectos de la reforma sobre la salud pública son indeterminados y no se cuenta con

⁹ Una evaluación integral de la reforma debe considerar ambos hechos para establecer el efecto neto en cuanto a la provisión de servicios: por una parte, los nuevos recursos (efecto renta) irrigan sobre el sector salud posibilidades de ofrecer servicios y aumentar la cobertura; por otra, la extensión del seguro y las reformas administrativas (incluyendo la generación de empleo no asistencial), modificaron la estructura de costos (efecto sustitución).

un balance general sobre el particular, el cual, además de considerar los efectos de la reforma, también debe tomar factores exógenos como la crisis económica. No obstante, en este artículo se plantea la hipótesis de una provisión insuficiente que pudo resultar como consecuencia de la fragmentación de los planes de beneficios y la dilución de responsabilidades entre varios agentes, con incentivos poco claros para el suministro o la producción de acciones de salud pública. En otros términos, la reforma implicó una mayor confianza en la demanda, de modo que en cierta forma se abandonó o relajó el impulso que desde la oferta pública se daba a estos programas, además de que se descentralizó la provisión. Como se planteó en la primera parte del artículo, esto sólo es posible bajo información perfecta, pero se generan asignaciones subóptimas cuando se carece de información relevante para ordenar las preferencias.

El trabajo de Tono, Velásquez y Castañeda (2002), referido a la salud sexual y reproductiva, ayuda a reforzar esta hipótesis (Cuadro 1), aunque en él no se asume una postura crítica frente al sistema y se argumenta, más bien, la baja cobertura del seguro y ciertos problemas de implementación como causas de la caída en la provisión de ciertos bienes enmarcados en la salud pública:

Sólo hasta finales de 1996 el Ministerio de Salud promulgó los lineamientos técnicos que deberían orientar a las aseguradoras y a los hospitales públicos (en cuanto a atención materno-infantil). En estos lineamientos se excluyó el trabajo comunitario y la inducción a la demanda... En consecuencia, tanto las aseguradoras como los hospitales públicos concentraron la atención en el mecanismo de demanda espontánea, aspecto que incidió negativamente en las cobertura alcanzadas por estas entidades. En el análisis de la operación de este servicios (el de vacunación) se encontraron problemas en su provisión... Por omisión,



la entrega de este servicio se realizó por demanda espontánea, mientras que la población estaba acostumbrada a las campañas de vacunación (Toro, Velásquez y Castañeda, 2001).

La situación más preocupante que muestra el estudio en mención, establecida a partir del procesamiento de las encuestas nacionales de demografía y salud de 1990, 1995 y 2000, se refiere a la vacunación: la aplica-

ción del esquema completo de vacunas (BCG, DPT tres dosis y polio tres dosis), para niños de 12 a 23 meses, cayó del 83% en el primer año al 71% en el segundo y al 66% en el último (Ends, 1990, 1995 y 2000). Se cuestiona, entonces, por qué si bien la vacunación mereció una mayor institucionalización con la reforma, como parte regular de la atención médica, se hayan obtenido resultados negativos (Cuadro 1).

CUADRO 1
COLOMBIA: INDICADORES SOBRE SALUD PÚBLICA. 1990, 1995 Y 2000
(ESTADO DE SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA)

Entidad	1990	1995	2000
1. Estado de salud (zona urbana)*			
Mortalidad infantil (por mil nacidos)		24.9	20.5
Desnutrición crónica en niños (%)		10.8	9.7
2. Atención prenatal			
% mujeres embarazadas con control	82.8	82.8	90.9
3. Atención del parto			
% partos atendidos por médico	71.0	73.7	82.7
4. Vacunación			
% niños de 12 a 23 meses (esquema completo)	83.0	71.3	66.0
% niños de 12 a 23 meses (esquema incompleto)	17.0	28.7	34.0
% niños todas las edades (sarampión)	72.1	76.0	40.1

* Flórez (2002)

Fuente: Tono, Velásquez y Castañeda (2002).

El estudio también destaca algunos hechos positivos que, en general, responden a un efecto de la cobertura del seguro, aunque existe una diferencia notoria entre lo que sucede entre la población del régimen contributivo y la del subsidiado. Por ejemplo, el uso de control prenatal pasó de 83% de las mujeres embarazadas en 1990 a 91% en 2000, pero esta cobertura en el último año sube al 100% en el régimen contributivo, mientras que en el régimen subsidiado se ubica en 64% y entre las mujeres no afiliadas en 56%. En igual sentido, se aprecian resultados posi-

vos en cuanto a mortalidad infantil y desnutrición crónica en los niños.

3.2 Estructura y conducta en el mercado de aseguradores

Por tratarse de la principal innovación que introdujo la reforma, el análisis de los mercados de salud se centra en el comportamiento y los resultados que ofrecen los agentes que administran el seguro de salud (EPS y ARS). El estudio pionero sobre el particular, publicado por Restrepo, Arango y Casas



(2002), analizó información acerca de la estructura de la oferta y presenta los resultados de una encuesta realizada entre dichos agentes. También se cuenta con el estudio de Ruiz *et al.* (2001), referido al régimen subsidiado, con resultados similares al anterior.

En términos de la evolución del aseguramiento (Cuadro 2), el estudio enseña la recomposición de la oferta en el régimen contributivo, donde el anterior monopolio estatal (ISS) experimentó una fuerte caída en el número de afiliados por el ingreso rápido y estable de un número importante de EPS (25 en 1995), las cuales absorbieron buena parte de la demanda proveniente de empleados públicos y las personas que ingresaron al mercado de trabajo en calidad de

ocupados, además de recibir usuarios que se trasladaron desde el ISS. En el régimen subsidiado, por su parte, la conformación y evolución de la oferta de ARS ha sido diferente, pasando por una etapa de expansión espontánea y, luego, una de contracción forzada por la regulación: hacia finales de 1996, la oferta de entidades resultó muy numerosa, conformada de manera plural por empresas solidarias de salud, ARS públicas y privadas y cajas de compensación familiar, de las cuales pocas entidades demostraron alta capacidad de afiliación. Esta gran pluralidad de entidades se redujo notoriamente en 2001, en aplicación del decreto 1804 que modificó las exigencias sobre tamaño y condiciones financieras de las ARS.

CUADRO 2
COLOMBIA: OFERTA DE EPS Y ARS. 1996, 1998 Y 2000

A. Régimen contributivo		1996	1998	2000
EPS	Número	30	30	27
	Promedio de afiliados	440.062	426.484	456.961
EAS	Número	30	22	20
	Promedio de afiliados	17.548	11.170	7.240
Total	Número	60	52	47
	Total de afiliados	13.728.297	13.040.256	12.482.744
	Promedio de afiliados	292.091	277.452	265.590
B. Régimen subsidiado		1996	1998	2000
EPS	Número	18	19	16
	Promedio de afiliados	165.163	189.540	221.917
CCF	Número	27	42	46
	Promedio de afiliados	42.980	36.739	45.517
ESS	Número	144	176	177
	Promedio de afiliados	12.836	18.358	21.842
Total	Número	189	237	239
	Total de afiliados	5.981.774	8.375.261	9.510.566
	Promedio de afiliados	31.650	35.339	39.793

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos GES. Con base en Restrepo, Arango y Casas (2002).



Los diferentes índices de concentración de mercado enseñan situaciones congruentes para los municipios del país¹⁰ (Cuadro 3). El índice de cuota de mercado señala la existencia de alta concentración en el régimen contributivo, donde 76% de los municipios posee una EPS dominante con 73% del mercado municipal en promedio; además, la concentración se profundiza en los municipios de menor nivel de desarrollo y disminuye a medida que se exploran las categorías superiores, llegando a presentar tendencias com-

petitivas en las cuatro ciudades principales. En el caso del régimen subsidiado 74% de los municipios posee una ARS dominante y en promedio cada una posee 77% de los afiliados a escala municipal.

El índice Hirshmann-Herfindahl (IHH) también enseña que el mercado de EPS se encuentra concentrado y tiende a caracterizarse como monopolio, con 69% de los municipios del país que poseen un índice superior a 4.000, mientras 29% de los municipios po-

CUADRO 3
COLOMBIA: CONCENTRACIÓN DEL MERCADO DE EPS Y ARS, 2000

	Empresas	Total afiliados	% participación	Promedio acumulado	IHH
A. Régimen contributivo	ISS	4.199.342	0,34	0,34	1132
	SaludCoop	2.493.221	0,20	0,54	399
	Cooameva	1.073.433	0,09	0,62	74
	Cajanal	689.505	0,06	0,68	31
	Susalud	727.352	0,06	0,74	34
	Total resto (21)	2.597.600	0,21	1,00	441
	Total EPS: 27	12.482.744	1,00	1,00	2142
B. Régimen subsidiado	Unimec	1.042.885	0,11	0,11	121
	Caprecom	753.997	0,08	0,19	63
	CCF Campesina	524.145	0,06	0,24	31
	Saludcoop	359.224	0,04	0,28	14
	Cafesalud	342.185	0,04	0,32	13
	Total resto (234)	6.464.005	0,68	1,00	51
		Total ARS: 239	9.486.441	1,00	1,00

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Boletín No. 3, 2000. Con base en cálculos del autor y de Restrepo, Arango y Casas (2002).

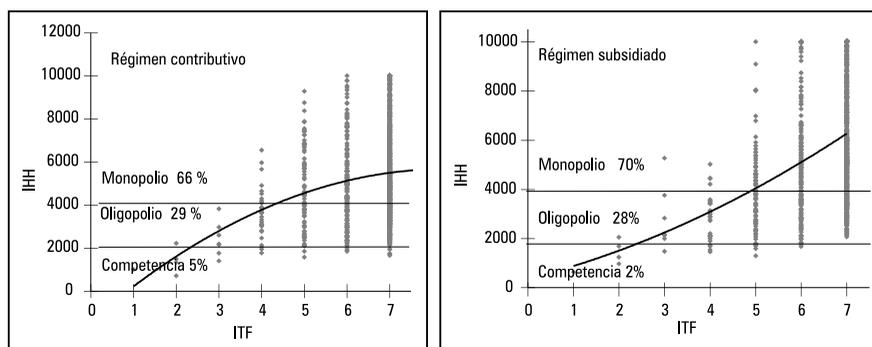
10 El índice de cuota de mercado (IC) resulta de dividir la población afiliada a una empresa en particular entre el total nacional o municipal, y enseña la participación de aquella en la oferta del régimen que se considere; si el índice, para una sola empresa o para la suma de cuatro de ellas es superior al 75%, indica un mercado altamente concentrado; entre 50% y 75%, moderadamente concentrado; y entre 30% y 50%, levemente concentrado. Por su parte, el índice Hirshmann-Herfindahl (IHH) corresponde a la sumatoria de las cuotas del mercado de todas las empresas (esta cuota al cuadrado), multiplicada por 10.000; si el índice es inferior a 1.800 significa que hay competencia; si se ubica entre 1.800 y 4.000, oligopolio; y si es superior a 4.000, se refiere a monopolio.



see una tendencia de oligopolio y solo 5% presenta indicios de competencia (Gráfico 1). De igual manera, en el régimen subsidiado el centro metropolitano nacional y los centros metropolitanos regionales poseen los índices más bajos, señalando la existencia de

un mercado con tendencia competitiva, mientras en los centros regionales mayores y los regionales intermedios presentan tendencia oligopólica del mercado y en las tres últimas categorías de municipios la tendencia del mercado es el monopolio¹¹.

GRÁFICO 1
COLOMBIA: ÍNDICE DE TAMAÑO FUNCIONAL DE LOS MUNICIPIOS VS. ÍNDICE DE CONCENTRACIÓN DEL MERCADO DE LOS ASEGURADORES (ITF VS. IHH)



ITF: 1. Centro metropolitano nacional. 2. Centros metropolitanos regionales. 3. Centros regionales mayores. 4. Centros regionales intermedios. 5. Centros subregionales mayores. 6. Centros subregionales intermedios. 7. Centros locales.

Fuente: Supersalud, Boletín de Estadística (diciembre 2000). Ministerio de Desarrollo Económico, 1998. Cálculos GES.

Los resultados de la encuesta del estudio de Restrepo, Arango y Casas (2002), aplicada a las empresas aseguradoras, se sintetizan bajo tres formas. Primero, en cuanto a la diferenciación del producto, en el régimen contributivo las entidades aseguradoras revelan sus preferencias respecto a la localización espacial, mostrando diferencias ligadas con la naturaleza de la propiedad. Es así como las EPS privadas se inclinan de preferencia por promover la afiliación en los municipios con más de 500.000 habitantes, donde al menos 90% de la población sea urbana; en contraste, las EPS de naturaleza pública o semipública optan por establecerse en municipios con menos de 50.000 habitantes y señalaron estar dispues-

tas a prestar sus servicios donde al menos 70% de la población sea urbana. De manera consistente, la mayoría de las EPS privadas prefieren promover la afiliación en empresas que posean más de doscientos empleados, y escogen sectores de la economía con altos grados de formalidad.

11 Para el análisis de concentración local se considera la clasificación del Ministerio de Desarrollo Económico (en la actualidad Ministerio de Comercio, Industria y Turismo), la cual se refiere al tamaño funcional de los municipios: centro metropolitano nacional Bogotá DC; centros metropolitanos regionales (Medellín, Cali y Barranquilla), centros regionales mayores, centros regionales intermedios, centros subregionales mayores, centros subregionales intermedios y centros locales.



En el régimen subsidiado, las ARS públicas y las empresas solidarias de salud prefieren establecer su actividad en municipios con menos de 50.000 habitantes. Asimismo, existen diferencias en las preferencias sobre el porcentaje de población urbana: la mayoría de las empresas solidarias prefieren municipios con un porcentaje de urbanización inferior al 50%, mientras las cajas de compensación familiar y las entidades públicas prefieren entre 50% y 100%. Por último, hay que resaltar que tanto EPS como ARS coinciden en señalar su preferencia por municipios cercanos a las capitales de los departamentos –menos de una hora en transporte terrestre, con un porcentaje de aceptación en 80% y 63% de las empresas, respectivamente–, lo que permite el aprovechamiento de economías de escala y la disminución de costos de transacción.

Las empresas que respondieron la encuesta reconocieron que para constituirse en la mejor opción dentro del mercado dirigen sus esfuerzos a reforzar la calidad en la prestación de los servicios, en especial en aspectos de comodidad (condiciones de hotelería y atención al usuario). En este sentido, se observan diferencias respecto a la decisión de contratar los servicios u ofrecerlos directamente: en el régimen contributivo, 42% de las EPS, principalmente de naturaleza privada, prestan los servicios de salud directamente, mientras 58% restante contrata la prestación de servicios con terceros. En el caso del régimen subsidiado, esta última estrategia es la más utilizada (70% de las ARS), y sólo existen empresas que prestan directamente actividades de promoción y prevención y servicios de primer nivel de atención.

De manera adicional, las EPS señalan la implementación de otras estrategias de mercadeo para lograr atraer un mayor número de afiliados: elementos de *marketing* que hacen más atractivo el plan de salud (bonos

de descuento para la compra de productos, asistencia a gimnasios); establecen diferencias en el valor de la cuota moderadora con niveles más inferiores a los establecidos legalmente de manera que atraen grupos de población con determinado nivel de ingreso, lo cual es más notorio en las cuotas fijadas para aquellos que devengan más de cinco salarios mínimos. De manera similar, 42% de las EPS encuestadas sostienen que con el fin de captar grupos de población específicos han desarrollado planes complementarios al POS, como los servicios en mejores condiciones de hotelería, la prestación de servicios especializados con tecnología y medicamentos no cubiertos por el POS, tratamientos integrales con fines estéticos, y el cubrimiento total o parcial de las cuotas moderadoras o los copagos.

Los mecanismos empleados para la contención de costos se encuentran enmarcados en la subvaloración otorgada a la administración y gestión de riesgos, en el sentido de evaluar las características de los riesgos de la población afiliada con el fin de organizar la actividad de la prestación de servicios en función de tales tendencias. Por el contrario, la mayor atención recae en la utilización de herramientas de contención de costos administrativos y de prestación de servicios de salud.

En este sentido, sobresalen en el régimen contributivo dos aspectos: en primer lugar, se encuentra que 33% de las EPS privadas encuestadas participan en alianzas (con 15% del volumen de los servicios) para desarrollar actividades de promoción y prevención y atender los dos primeros niveles de complejidad; en segundo lugar, la tendencia a la integración vertical del aseguramiento con los servicios de primer nivel, en 42% de las EPS, donde las IPS propias atienden 51% de los eventos. De igual manera, la reducción en los costos asociados con los medica-



mentos a través de la distribución de éstos dentro de los centros de atención, estableciendo alianzas estratégicas con los laboratorios farmacéuticos. En el mismo sentido, se evidencia que las EPS y ARS utilizan su poder de negociación para pactar la forma de pago de los contratos, marcando como directrices de mercado la modalidad de pago por capitación en los servicios de primer nivel (45% y 69% de EPS y ARS, respectivamente) y de promoción y prevención (en 55% de EPS y 61% de ARS), y de niveles superiores cuando el número de afiliados sea lo suficientemente grande, entre tanto, el pago por evento se impone para los servicios nivel II, III y IV de complejidad.

Finalmente, al indagar por la selección adversa, 67% de las EPS manifestó no tenerla, mientras el resto señalan que lo presentan debido a patologías de alto costo y atención perinatal en pocas semanas de afiliación, a la falsedad en la información y los fallos de tutelas. En cambio, el total de ARS señalan que sufren de selección adversa especialmente por la manipulación de las listas de beneficiarios. En relación con las estrategias para evitar la selección adversa, las EPS se han concentrado principalmente en la revisión de las solicitudes de afiliación y la verificación de requisitos para traslados. Por su parte, las ARS más que estrategias han realizado concertaciones con los entes territoriales y las secretarías de salud para que el manejo de las listas sea transparente.

Las aseguradoras coinciden en afirmar que el mercado al que pertenecen no se ha estabilizado completamente y prevén la salida, asociación o fusión de algunas de las entidades existentes. En general, las EPS y ARS señalan que existen problemas para el ingre-

so y desarrollo de sus actividades, tales como: inestabilidad en las normas, falta de control de los agentes reguladores, afiliación múltiple, evasión y mora en los pagos de las cotizaciones por parte de los afiliados a las EPS, falta de transparencia de las entidades territoriales en el manejo de los afiliados a las ARS y la oportunidad en el giro de los recursos del sector.

El funcionamiento del mercado de aseguramiento también ha sido analizado desde la perspectiva del consumidor (Pinto, 2002). Al emplear los resultados de la encuesta sobre salud y respuestas de los sistemas de salud, realizado por la OMS, se exploró la relación entre la calidad percibida por los usuarios y la competencia entre aseguradores. Al considerar la información sobre estructura y conducta de mercado de aseguradores, se indagó por la evidencia que ésta tendría en términos de la elección del usuario sobre el proveedor de sus servicios¹².

El estudio de Pinto encontró para el régimen contributivo una asociación entre competencia y calidad que depende del tipo de EPS: para el caso de EPS públicas, excepto el ISS, esta asociación es negativa, lo que resulta consistente con la hipótesis de que estos planes responden muy poco a la competencia y acaso redujeron sus contratos con proveedores para restringir sus costos, limitando las posibilidades de elección para el usuario. Por su parte, para los afiliados al ISS, se encontró una asociación positiva, lo que a juicio de la autora podría explicarse por los esfuerzos que ha hecho la entidad para mejorar su eficiencia y participar en el mercado competitivo, además de que su plan de beneficios ha sido superior al POS. Por último, para las EPS privadas se encontró una asociación mixta entre calidad y competencia.

12 Otro estudio se refiere a la primera encuesta nacional de calidad en salud percibida por el usuario (Giraldo, 2000).





3.3 Condiciones de acceso a los servicios

Uno de los resultados esperados con la expansión del seguro de salud era la reducción de las barreras al acceso, de modo que además de remover la barrera financiera que afectaba principalmente a las personas de ingresos más bajos, se alentara la oferta de servicios y se promoviera el uso de éstos con un impacto positivo sobre el estado de salud de las personas. Frente al panorama que ofrece la cobertura del seguro, en especial con la incorporación de población al régimen subsidiado, una primera aproximación al tema enseñó que “las evidencias arrojadas... no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de los servicios (además, se plantean dudas en cuanto los efectos de las cuotas moderadoras y los copagos, los cuales) podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado” (Céspedes *et al.*, 2000)¹³. Por su parte, otros estudios han sugerido que la adopción del seguro para los pobres no ha implicado un aumento significativo de la demanda por servicios de salud¹⁴.

Por su parte, un ejercicio preliminar realizado por el Grupo de Economía de la Salud (GES, 2001), basado en la lectura de la encuesta de calidad de vida de 1997 (Cuadro 4), sugiere que ciertamente el seguro de salud facilita la utilización de servicios pero que persisten barreras importantes que no se han resuelto para la población cubierta. En el ejercicio se consideraron las diferencias en cuanto al proceso de búsqueda y utilización de servicios, entre la población afiliada al régimen subsidiado (subsidiados), la población pobre no afiliada (vinculados) y la población cubierta por el régimen contributivo (contributivos).

Dentro de las respuestas que ofrece la encuesta para analizar el problema planteado

se destaca, en primer lugar, que la búsqueda de servicios está fuertemente influenciada por el tipo de seguro que se posee. En efecto, entre las personas que manifestaron haber padecido alguna enfermedad en los treinta días previos a la encuesta, se observa que la no asistencia a los servicios de salud (sistema formal) fue del 14% para los contributivos, 31% para los subsidiados y 40% para los vinculados. En segundo lugar, tomando esta población que no asistió a los servicios, se presentan también diferencias significativas en cuanto a las razones por las cuales no se dio dicha búsqueda: para los contributivos, la principal razón fue la consideración de que el caso era leve (45,4%), mientras para los subsidiados y los vinculados el motivo principal fue la falta de dinero (43,9% y 63,4%, respectivamente).

Las razones para no utilizar los servicios se consideran barreras al acceso, las cuales pueden tener origen en la demanda o en la oferta. Con estos criterios, se clasificó la información proveniente de la encuesta y se destaca entonces que predominan las barreras originadas en las características de la población, mientras adquieren un menor peso las correspondientes a la organización de los servicios. Para los contributivos, por el lado de la oferta hay mayores quejas sobre la calidad de los servicios y esto es un criterio

13 Es importante reconocer el trabajo desarrollado por Tono (2000), en el que se analiza el acceso a los servicios de salud; sin embargo, los datos utilizados para caracterizar el uso de los servicios son de la encuesta nacional de hogares de marzo de 1994, por lo que no es posible probar la eficacia de la estrategia del aseguramiento implantada a partir de 1995, aunque sí ofrece conclusiones y enseñanzas muy importantes para abordar una medición de este estilo.

14 En Colombia se distinguen tres trabajos basados principalmente en estudios de caso, que ofrecen una lectura sobre los efectos locales de la adopción del régimen subsidiado (Ruiz, 1999; Restrepo, 1998; Plaza, 1999).



para no acudir a ellos; en cambio, por el lado de la demanda predomina su percepción acerca de las necesidades y la predisposición a acudir a los servicios, principalmente en cuanto a la falta de tiempo.

Las personas del régimen subsidiado, por su parte, siguen la misma estructura del caso

anterior pero le dan un mayor peso al hecho de que el centro de atención queda lejos y, como ya se mencionó, la falta de dinero es un factor sobresaliente. Por último, para los vinculados los factores de oferta constituyen la menor dificultad (7%), mientras se destacan los de demanda y dentro de éstos es determinante la falta de dinero (Cuadro 4).

CUADRO 4
COLOMBIA. RAZONES PARA NO UTILIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD. 1997*

Barreras al acceso	Población pobre		Régimen contributivo
	Régimen subsidiado	No afiliados	
Porcentaje de no uso de servicios	30.9	40.1	16.0
I. Barreras de oferta			
a) A la entrada (cercanía)	7.5	5.0	3.5
b) Al interior	5.5	1.2	10.2
c) Continuidad	4.0	3.0	10.2
II. Barreras de demanda			
d) Predisposición	12.3	7.7	19.5
e) Dotación (falta de ingresos)	43.7	63.4	9.9
f) Necesidad percibida	26.8	19.6	45.4

* La clasificación de las barreras se hace de acuerdo con Aday y Andersen (1974):

- a) El centro de atención queda lejos
- b) No lo atendieron o muchos trámites para la cita
- c) Ha consultado antes por ese problema y no se lo han resuelto
- d) No tuvo tiempo.

Fuente: Encuesta de calidad de vida, módulo salud, 1997, Cálculos GES - CIE. Con base en Grupo de Economía de la Salud (2001).

3.4 Mercados incompletos

Aunque no existe una buena evidencia, dos conjuntos de información permiten plantear la existencia de mercados incompletos en el caso de la salud en Colombia, los cuales se encuentran referidos al aseguramiento. En primer lugar, según la encuesta reportada por Restrepo, Arango y Casas (2002), las preferencias de EPS y ARS sugieren que en algunos municipios del país y en ciertos seg-

mentos de población podría tenerse una oferta insuficiente para la afiliación al Sistema, con ausencia de estas entidades o la imposibilidad de practicar la libre elección por parte del consumidor. Esto revela, en particular, la falta de incentivos para acudir a ciertas localidades que no ofrecen un volumen de demanda suficiente para cubrir los costos de la oferta, más aún cuando se sigue la lógica de los grandes números.





En segundo lugar, aunque es necesario depurar el resultado para indicar la cobertura sobre la población potencial, es notoria la diferencia de la cobertura total del régimen contributivo según el tamaño del municipio. Además, tanto en este régimen como en el subsidiado, oficialmente se ha reconocido la falta de entidades aseguradoras en ciertas zonas del país e incluso se ha llegado a plantear la existencia de mecanismos alternativos para garantizar la protección a la población que reside en ellas ante la imposibilidad de contar con dicha oferta.

3.5 Descentralización

La descentralización del sector salud fue impulsada desde mediados de la década de 1980, pero vino a consolidarse a partir de la Constitución de 1991 y de la ley 60 de 1993. Dos formas adquirió el proceso: por una parte, tuvo lugar una descentralización territorial que buscaba en especial la asunción de competencias por parte de los municipios, los cuales recibieron el mandato de ampliar la asignación de recursos al sector; y, por otra parte, se promovió una descentralización funcional que tenía como eje central la autonomía de los hospitales públicos, para los cuales se creó la figura de empresa social del Estado, con vida jurídica propia, patrimonio y presupuesto independientes.

Pese a las bondades de un esquema descentralizado, lo cierto es que puesta así la descentralización, con mayores recursos desde los municipios y una pérdida en las economías de escala que se encontraba en los departamentos y en hospitales regionales, el país se vio sometido a un incremento de los costos de administración y prestación de los servicios en municipios que obligó a dos reformas en sentido contrario al inicial: la reforma constitucional de 2001 (acto legislativo 01 de 2001), ley 617 de 2000 y ciertas normas y políticas estuvieron encaminadas a conte-

ner las transferencias a los municipios y presionar en éstos un cambio estructural que permitiera reducir los costos locales del Sistema, en particular mediante una reestructuración de los hospitales¹⁵.

La situación de la descentralización en el sector salud ha sido analizada a partir de un estudio del Departamento Nacional de Planeación (2002), en el cual se reconoce:

El principal avance de la descentralización de la salud ha sido la expansión de la red pública de servicios que hoy responde por 63% de la población colombiana, en comparación con 1990 que sólo llegaba al 35%. El resultado se explica por los mayores recursos que condujeron a una expansión del gasto público, al aumento de los recursos humanos y financieros de los hospitales públicos, y a la provisión del 70% de los recursos para financiar el régimen subsidiado... el gasto descentralizado pasó de 1,4% del PIB en 1988 a 3,7% en 1999... Los elevados costos de la nómina y la carga prestacional de los hospitales públicos han llevado a que los entes territoriales destinen buena parte de sus propios recursos a la financiación de subsidios a la oferta y no a incrementar la cobertura y o mejorar la calidad (DNP, 2002).

4. Lecciones de la reforma

La reforma colombiana al Sistema de salud vista desde su legislación básica (ley 100 de 1993), ofrece atractivos para ser promovida como un modelo entre los países latinoamericanos. Por esto, y como parte también del interés nacional por evaluar los resultados de la reforma, es importante recoger y analizar evidencias para superar los plantea-

15 En una aproximación realizada por Restrepo (1998), se planteó la existencia de una ilusión presupuestaria que podría provocar un sobredimensionamiento de los servicios de primer nivel, corrupción y mayores ineficiencias.



mientos legales y técnicos, al tiempo que se avance en la producción de conocimiento en economía de la salud. Las lecciones que se desprenden de este artículo, según los propósitos planteados en el mismo, se refieren a la manera como se organiza y funciona la provisión de los servicios de salud, en un ambiente de competencia regulada en el cual se extiende la cobertura del seguro y se adelanta un proceso de descentralización. El centro de la discusión está pues en los mercados de salud y en los principales mecanismos institucionales que definió la reforma colombiana para su funcionamiento. No se aborda la experiencia de la regulación como tal y el diseño que ofrece el sistema en cuanto a los organismos que ejercen esta función, lo cual también es objeto de análisis desde la perspectiva de la economía institucional (Restrepo y Rodríguez, 2004).

4.1 El seguro es necesario pero no suficiente

La extensión del seguro de salud a toda la población, como mecanismo para superar las barreras de acceso, es adecuada y muy deseable, con la connotación que se le ha dado en este artículo de *bien preferente*: varios hallazgos han corroborado que las personas afiliadas tienen más fácil acceso y la barrera financiera es menor. Sin embargo, la implantación de esta estrategia ha enfrentado en Colombia dos dificultades que ponen en duda su eficacia: por un lado, si bien se avanzó de manera importante en la cobertura (de 20% en 1993 al 57% en 1997, con un retroceso al 55% en 2002), ésta se concentra en la población ocupada en actividades formales (régimen contributivo) y en la población de menores ingresos (régimen subsidiado), quedando descubierta una franja amplia que ha crecido como consecuencia de la crisis económica y que no alcanza a generar ingresos suficientes para cotizar pero que tampoco se reconoce como

pobre para recibir el subsidio a la demanda. Esto enseña, entonces, que puede resultar más conveniente iniciar con la cobertura universal de un plan de beneficios limitado y disponer su crecimiento posterior, en lugar de cubrir con rapidez a una parte de la población con un plan más amplio.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta que el seguro no es suficiente para garantizar el acceso a los servicios de salud, de manera que se reconocen otros determinantes sobre los cuales pueden orientarse ciertas acciones o campañas. Además, resulta fundamental diseñar mecanismos de monitoreo para conocer la evolución del acceso y la situación de salud de las comunidades.

4.2 Las bondades de la organización sectorial del seguro colombiano: un arreglo institucional atractivo

La experiencia colombiana parte de un diseño que tiene en cuenta, en especial, la contención de fenómenos como la selección adversa, la selección de riesgos y el riesgo moral. En cuanto a su organización sectorial, se presentan dos capítulos o segmentos para destacar lo que sucede en ambos casos y continuar con el análisis de sus tendencias y perspectivas. En primer lugar, *el régimen contributivo* consiste propiamente en la reforma al anterior seguro de salud, con el traslado del financiamiento a un fondo público y la introducción de la competencia de las EPS, y sus funciones se desintegran entre la administración del seguro (EPS) y la prestación de servicios (IPS), además de la separación de negocios entre salud, pensiones y riesgos profesionales. Como resultado de esta transformación, el ISS y toda la oferta pública perdieron su predominio y tal vez sean objeto de selección adversa al conservar especialmente a las personas de más edad y con una mayor incidencia de enfermedades de alto costo; en cambio, varias EPS de



naturaleza privada se han venido imponiendo de manera paulatina y entre ellas se establecen diferencias en cuanto a la estrategia de participación en el mercado.

La evolución de este régimen enseña una relativa estabilidad en cuanto al número de entidades, el cual prácticamente no ha variado desde el primer año de operaciones. Además, si bien el número de EPS puede considerarse como importante (25), a escala nacional se consolidan unas pocas con un porcentaje significativo de los afiliados (60%), de manera que predomina una concentración moderada en el mercado. El comportamiento registrado hasta ahora permite señalar que para el futuro se espera, en el marco de un estancamiento de la cobertura, una consolidación del mercado conservando el número de EPS, con algunas fusiones y liquidaciones, y la diferenciación de competidores según la distribución espacial del mercado, los nichos de población preferidos y los productos complementarios que se ofrecen.

Una de las principales diferencias que marcan la pauta en este mercado se refiere a la estrategia adoptada por las EPS para la prestación de servicios a sus afiliados. Se destacan, por una parte, las EPS que cuentan con su propia red de servicios o realizan alianzas con los proveedores para ofrecer la atención, especialmente en el primer nivel, controlar de manera directa los costos y reducir los márgenes de comercialización. Se supone, en este caso, que se plantea una visión del negocio de la salud en una perspectiva de largo plazo, con inversiones importantes en infraestructura y capital humano para administrar el plan de salud, en especial en el primer nivel de atención, buscando así una garantía para la permanencia en el mercado y la rentabilidad del negocio. En cambio, otras EPS se dedican a manejar el riesgo mediante el diseño de diversas for-

mas de contratación por medio de las cuales buscan que los proveedores asuman parte del mismo, de modo que no muestran interés por participar en el mercado de servicios y tal vez no tengan mucho interés por mantenerse en el mercado.

La manera como se ha distribuido el mercado nacional, sin contar con información del ISS, da cuenta de que a pesar de predominar una concentración moderada, con excepción de las cuatro principales ciudades, en casi todos los municipios existe una EPS que domina el mercado con una cuota superior al 50%. De igual modo, el índice de Hirschman-Herfindalh (IHH) enseña el predominio del monopolio en la gran mayoría de municipios del país. Es importante complementar este análisis teniendo en cuenta la participación del ISS, cuya información no estuvo disponible, así como considerar diferentes áreas de mercado, tanto en términos de localidades como agregando subregiones o grandes regiones del país.

En segundo lugar, *el régimen subsidiado* representa otra novedad de la reforma colombiana que consiste en la adopción del seguro de salud para la población pobre y para su administración, en la creación de las ARS como entidades con una función similar a la de las EPS. En este caso, la regulación ha sido menos estable y en general el régimen se ha visto sometido a mucha incertidumbre que entre otras cosas retrasó su inicio y ahora ha llevado a un proceso de depuración a través de una depredación legislativa y la salida de varias ARS de tamaño considerable por razones financieras. Hacia el futuro, si bien se percibe la reducción del número de empresas y un promedio de afiliados mayor, parece mantenerse la incertidumbre financiera que puede llevar a mayores desapariciones o fusiones y, tal vez, a una presión sobre el sector público para que asuma íntegramente el régimen.





En este caso también se presentan varios patrones de participación en el mercado: existe una ARS pública que si bien no tiene un dominio muy grande del mercado se consolida como la más grande y con un interés por aumentar su tamaño, con presencia en muchos municipios; en cambio, las ARS privadas prácticamente han abandonado el mercado por falta de rentabilidad y esto resulta consistente con el hecho de que prácticamente solo permanecen entidades sin fin de lucro. Por su parte, las cajas de compensación familiar muestran interés por seguir participando en el mercado, con preferencia sobre las áreas metropolitanas y algunos centros regionales en los cuales hacen presencia con otros servicios como recreación y educación. Por último, las empresas solidarias de salud recibieron los mayores sacrificios con la depredación legislativa y, si bien no se cuenta con una evaluación sobre sus resultados, en la práctica se abandonó la idea inicial de contar con esquemas comunitarias para administrar el plan de salud.

Un aspecto que guarda relación con la incertidumbre que acompaña este régimen y los resultados financieros de las empresas que ingresaron buscando rentabilidad, se refiere a la contratación de servicios como estrategia dominante y el poco interés por prestar servicios de manera directa, excepto los servicios de promoción y prevención en los cuales se aprecia que hay algunas prestaciones directas. Esta situación puede explicarse en parte por el poder de mercado que mantiene la red pública como contratista de las ARS, al igual que las restricciones impuestas a éstas en materia de contratación (al menos un 40% con la red pública) y la dispersión de la población en las áreas urbanas y rurales.

Aunque entre ambos regímenes también existen algunas diferencias en cuanto a la conducta o comportamiento estratégico que siguen las empresas administradoras, se

evidencian algunas prácticas que merecen ser examinadas con el propósito de evaluar su aporte a la eficiencia y los riesgos que se tienen sobre la calidad de los servicios y el bienestar de los consumidores. Se destaca, a partir de la manera como se distribuye la oferta en el ámbito nacional, una distribución de los riesgos que podría estar favoreciendo a las EPS privadas (el descreme del mercado) y generar mercados incompletos al tener algunas plazas, correspondientes a los municipios más pequeños y de menor desarrollo, en las cuales incluso las EPS públicas no asisten por el bajo número de afiliados potenciales.

Como problemas de regulación que pueden generar dificultades para el futuro del sistema y que merecen por lo tanto la atención para profundizar el análisis y diseñar herramientas efectivas de vigilancia y control, se destacan los siguientes: la salida del mercado, recordando que se trata de la administración de un recurso público, debe ser regulada en términos de las razones para el abandono y las exigencias en materia de pago a los proveedores y atención de los usuarios que pueden estar en listas de espera; la actualización de normas según el crecimiento de las empresas y la dinámica de la afiliación; y el seguimiento sobre la calidad y satisfacción de los usuarios, a fin de controlar ciertas tendencias referidas a los mecanismos de pago y la prestación de servicios, de manera que se contrasten los resultados de eficiencia micro en las administradoras, la cual puede resultar de la manera particular como se prestan directamente o contratan los servicios, con los resultados ofrecidos a los usuarios.

4.3 La estructura del mercado puede ocasionar barreras de acceso

A pesar de estar cubierto por el seguro, se aprecia la existencia de barreras como las



siguientes: la disminución de la disponibilidad de servicios por ajustes orientados a mejorar la eficiencia de las instituciones como el cierre de servicios rurales, ciertos turnos y el cierre de programas de promoción y prevención; la falta de oportunidad, debida a la organización de los servicios; las barreras geográficas que en algunos casos se han profundizado debido a la reorganización de la red de servicios, o a la manera como la ARS organiza la contratación.

Varios hechos recientes, enmarcados en la reorganización del régimen subsidiado que busca consolidar unas ARS de mayor tamaño y con cobertura regional, van a generar nuevos monopsonios y los planes de beneficios corren el riesgo de fragmentarse al disponer este agente pagador de una oferta de servicios que esté inspirada más en criterios de eficiencia y rentabilidad que de acceso de la población.

4.4 Provisión insuficiente de la salud pública

Aunque ciertamente el aseguramiento permite mejoras en el acceso, con las salvedades expresadas anteriormente, es importante tener en cuenta que la fragmentación de los planes correspondientes a salud pública puede provocar una caída en su provisión y, a la postre, una mayor demanda por servicios curativos o un deterioro del estado de salud. Es necesario mantener el liderazgo del sector público y definir mecanismos de coordinación entre los agentes que participan en la oferta del plan de salud.

4.5 La necesidad de plantear una descentralización óptima

Colombia dio algunos pasos acelerados, poco planificados, en especial en materia de descentralización. Al inicio de la reforma se

dispuso de un volumen de recursos muy importante, con destino a los municipios, al tiempo que se obligó a todos los hospitales a seguir un modelo de organización prácticamente único, sin diferenciar el tamaño ni propiciar cierto tipo de asociaciones. Los costos han sido grandes y por esto resulta importante disponer un proceso gradual y respetar economías de escala y economías de alcance¹⁶.

La gradualidad, en el caso colombiano, iría de la mano con la transformación de los recursos (de la oferta a la demanda), pero en la realidad se incrementaron los recursos sin disponer cambios simultáneos en la asignación de los mismos. Además, en cuanto a la administración de hospitales, al igual que para el desarrollo de las principales funciones municipales, es importante plantear la asociación vía alianzas entre municipios o consorcios de hospitales, y generar mecanismos de pago entre unos y otros que estén basados en acuerdos o compromisos de desempeño.

Bibliografía

- Akerlof, G. 1970. "The market of 'Lemons': Qualitative uncertainty and the market mechanism". *Quarterly Journal of Economics*, No. 84:488-500.
- Arnott, Richard J.; Stiglitz, Joseph, 1988. "The basic analytics of moral hazard". National Bureau of Economic Research -NBER-. *Working Paper 2484*.
- Arrow, Kenneth, 1963. "Uncertainty and the welfare economics of medical care". *American Economic Review*. 53(5): 941-973
- Barón L., Gilberto. 2001. "Cuentas nacionales en salud en Colombia. Síntesis general, aspectos conceptuales, metodológicos y principales resultados del período

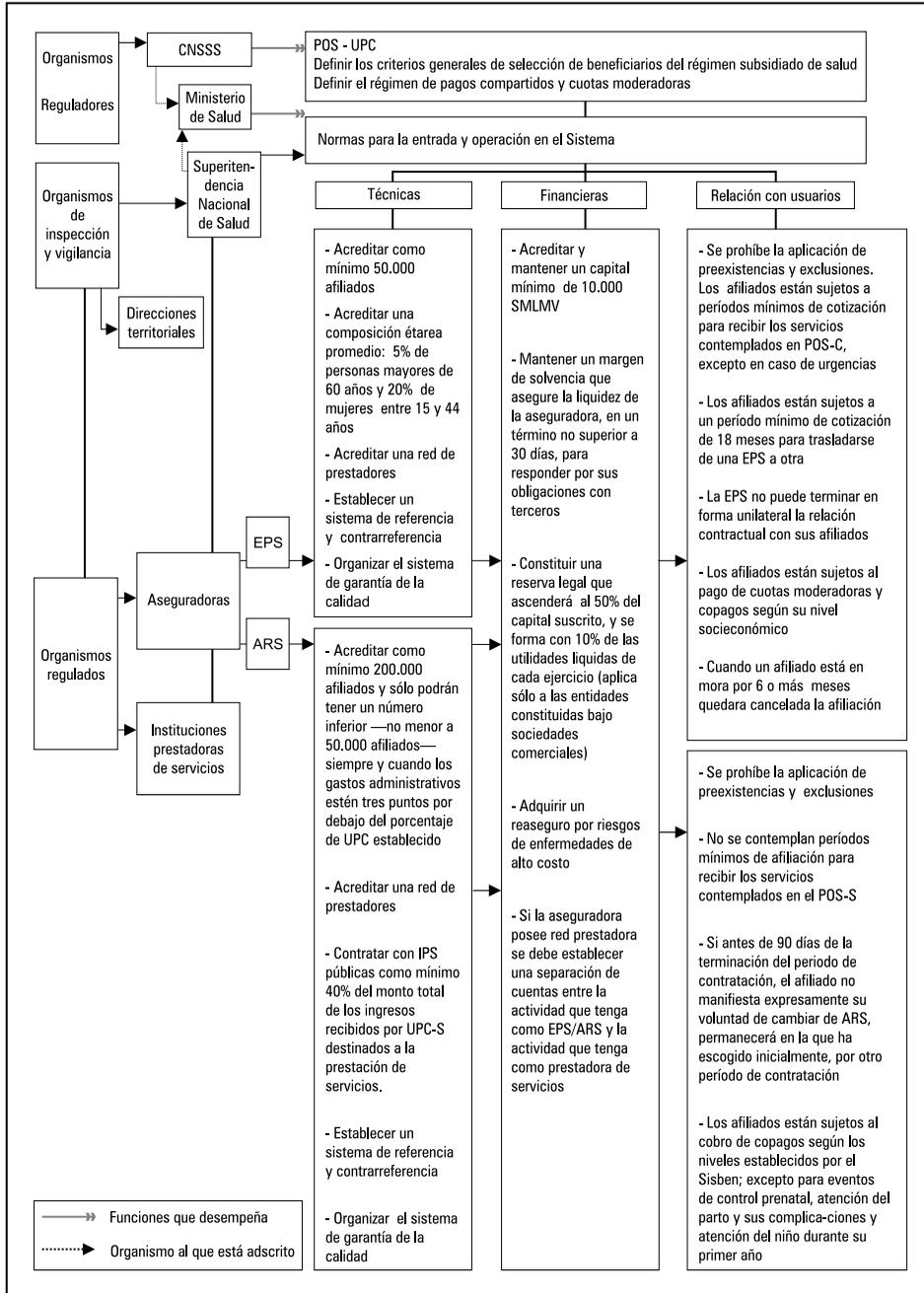
¹⁶ El estudio adelantado por Burki y Perry (1999) advertía sobre las limitaciones de la descentralización: "En general se podría sostener que la descentralización ha sido nociva para la prestación de servicios de salud, al menos en algunos países de América Latina".

- do 1993-1999". Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.
- Barr, Nicholas. 1993. *The economics of the welfare state*. Second edition. Weidenfeld and Nicolson. London.
- Burki, Sahid; Perry, Guillermo; Dillimnger, William. 1999. *Más allá del centro. La descentralización del Estado*. Banco Mundial. Washington.
- Céspedes, Juan E. *et al.* 2000. "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud". *Revista de Salud Pública*. 2(2):145-164.
- Culyer, A.J.; Newhouse, J.P. 2000. *Handbook of Health Economics*. North-Holland (2 v.).
- Cutler, David M.; Zeckhauser, Richard J. 1999. "The anatomy of health insurance". National Bureau of Economic Research -NBER-. Working Artículo 7176 (<http://www.nber.org/articulos/w7176>).
- Departamento Nacional de Planeación. 2002. *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia: balance de una década*. DNP 3T. Bogotá.
- Enthoven, Alain. 1993. "The history and principles of managed competition". *Health Affairs*. 12:24-48.
- Espinosa, Kareem; Restrepo, Jairo; Rodríguez, Sandra. 2003. "Producción académica de la economía de la salud en Colombia, 1980 – 2002". *Lecturas de Economía*. No. 57. Julio – diciembre. 7-53.
- Flórez, Carmen E. 2002. *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Fundación Corona – Fundación Ford. Bogotá.
- Frenk, Julio; Londoño, Juan Luis. 1997. "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina". En: Frenk, Julio (editor). *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas*. Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F. 307-346.
- Friedman, Lee S. 1984. *Microeconomic policy analysis*. McGraw Hill.
- Fuchs, Victor. 2000. "The future of the Health Economics". *Journal of Health Economics*, 19(2):141-157.
- Grossman, Michael. 1972. "On the concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy*. March-april, 80(2):223-255.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2001. *Observatorio de la Seguridad Social* No. 1, Medellín. Junio (<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>).
- Hirschman, Albert. 1981. *Shifting Involvements*. University Press. Princeton, N. Jersey (Citado en Stiglitz, 1992:137).
- Musgrove, Philip. 1996. "Public and private roles in health: theory and financing patterns". *World Bank Discussion Artículo*, No. 339. Washington D.C.
- Mushkin, Selma. 1999. "Hacia una definición de la economía de la salud". Traducción de: Restrepo, Jairo y Gallego, Juan Miguel. *Lecturas de Economía*, No. 51, julio – diciembre, 89-109. Medellín.
- Pinto, Diana. 2002. "Managed competition and quality of care from the consumer's perspective. Evidence from health care reform in Colombia". Thesis of Doctor submitted to the Faculty of The Harvard School of Public Health. Boston, Massachusetts.
- Plaza, Beatriz; Barona, Beatriz. 1999. *Afiliación de población pobre al Sistema de salud: el caso colombiano*. Fundación Corona – Fedesarrollo. Bogotá.
- Restrepo, Jairo. 1998. "Monitoreo local de la reforma al sector salud en Colombia". *Coyuntura Social*, No. 18, mayo, 173-195. Bogotá.
- Restrepo, Jairo, *et al.* 1999. "Economía saludable para las políticas de salud". Ponencia presentada en I Congreso internacional de salud pública. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Noviembre. Medellín.
- Restrepo, Jairo; Arango, Mónica; Casas, Lina. 2002. "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia". *Lecturas de Economía* 56. Enero-junio. 31-71. Medellín.
- Restrepo, Jairo; Salazar, Verónica. 2002. "El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura". *Coyuntura Social*, No. 26. Mayo. 121-149. Bogotá.
- Restrepo, Jairo; Rodríguez, Sandra. 2004. "Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia". Ponencia presentada en Ira. Conferencia Iberoamericana de economía de la salud. Abril. Cartagena.
- Ruiz, Fernando; *et al.* 1999. *Entorno, aseguramiento y acceso al régimen subsidiado en Colombia. Seis casos de estudio*. Cendex, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Sen, Amartya. 1999. "La salud en el desarrollo". Conferencia en la 52a. Asamblea mundial de la salud. Ginebra.
- Stiglitz, Joseph. 1992. *La economía del sector público*. Antoni Bosch. Barcelona.
- Tono, Teresa. 2000. "Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos". En: *Coyuntura Social*. Fedesarrollo. No. 23. Noviembre. 143-167.
- Tono, Teresa; Velásquez, Ligia; Castañeda, Laura. 2002. *El impacto de la reforma sobre la salud pública. El caso de la salud sexual y reproductiva*. Fundación Corona - Engender Health – Fundación Ford. Bogotá.
- World Health Organization (WHO). 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving performance*. WHO. Washington.



ANEXO 2

ESQUEMA: REGULACIÓN DEL MERCADO DE ASEGURAMIENTO DE SALUD EN COLOMBIA



34

Fuente: Congreso de la República, ley 100 de 1993; CNSSS, Acuerdos del Consejo; gobierno nacional, decretos reglamentarios de la ley 100. Con base en Lina Patricia Casas Bustamante, integrante del GES y Restrepo, Arango y Casas (2002).



Nº 6 JULIO DE 2004