

ARTÍCULO DE REFLEXIÓN

DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>

Fallas del mercado de salud colombiano

Health market failures: Colombian case

Recibido: 16/05/2016. Aceptado: 28/09/2016.

Javier Eduardo Bejarano-Daza¹ • Diego Fernando Hernández-Losada²

¹ Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Ciencias Económicas - Doctorado en Ciencias Económicas
- Bogotá D.C. - Colombia.

² Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá - Facultad de Ingeniería - Departamento de Ingeniería de Sistemas e Industrial
- Bogotá D.C. - Colombia.

Correspondencia: Javier Eduardo Bejarano-Daza. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia. Calle 44 No. 45-67, bloque C, módulo 6, oficina: 303. Teléfono: +57 1 3165000, ext.: 10821; celular: +57 3102356446. Bogotá D.C. Colombia. Correo electrónico: jebejaranod@unal.edu.co.

| Resumen |

Introducción. En la prestación de servicios de salud, tanto por parte del sector público como el privado, existen importantes fallas en el aseguramiento a nivel mundial.

Objetivo. Realizar una revisión del sistema actual de salud en Colombia a partir de la descripción, organización y análisis de las fallas del mercado.

Materiales y métodos. Se realizó una clasificación de las fallas del mercado de la salud en Colombia, basada en información recolectada a través de referencias bibliográficas y artículos disponibles en términos económicos para Colombia y Latinoamérica en las últimas dos décadas.

Resultados. Los mercados de aseguramiento y prestación de servicios de salud resultan complejos para garantizar la competencia perfecta que plantea el modelo neoliberal. La necesidad de monopolios naturales; los problemas de información asimétrica de los usuarios y los prestadores; el riesgo moral y evasión en el aseguramiento; la selección adversa que hacen aseguradores y prestadores, y la corrupción en el manejo de los recursos públicos son las causas de este comportamiento. Además, el modelo actual de salud falla estructuralmente en tres dimensiones: 1) oferta y demanda de servicios, 2) acceso y calidad de los servicios y 3) sostenibilidad financiera.

Conclusión. Existen importantes fallas del mercado de salud en Colombia que hacen ineficiente e inequitativo el sistema y obligan a replantear un modelo económico de financiación y operación bajo un nuevo paradigma.

Palabras clave: Salud; Desigualdad; Eficiencia; Seguro (DeCS).

| Abstract |

Introduction: Major insurance flaws can be found in the delivery of health services, both by the public and the private sector, worldwide.

Objective: To review the current status of the health system in Colombia based on the description, organization and analysis of market failures.

Materials y methods: A classification of health market failures in Colombia was made based on the information collected through bibliographical references and papers available on economics in Colombia and Latin America in the past two decades.

Results: The insurance and health delivery service markets are complex enough as to ensure the perfect competition posed by the neoliberal model. The need for natural monopolies, the problems of asymmetric information for users and providers, the moral risk and evasion in the insurance, the adverse selection made by insurers and providers, and the corruption in the management of public resources are the causes of this behavior. In addition, the current health model fails structurally in three dimensions: 1) the supply and demand for services, 2) the access and quality of services, and 3) the financial sustainability.

Conclusion: There are significant failures in the Colombian health market which make the system inefficient and inequitable; this situation demands for reconsideration of an economic model for financing and operation under a new paradigm.

Keywords: Health; Inequalities; Efficiency; Insurance, Quality of Health Care (MeSH).

Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 107-13. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>.

Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. [Health market failures: Colombian case]. Rev. Fac. Med. 2017;65(1): 107-13. Spanish. doi: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>.

Introducción

En la actualidad, los servicios de salud son prestados por el sector público y privado para cumplir con las condiciones de un mercado perfecto en el contexto de las reformas neoliberales del sector para la región; con el ánimo de generar competencia perfecta y eficiencia, 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 eficiente?, ¿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 servicios a los consumidores, permite revisar el funcionamiento del sistema y reflexionar frente a las respuestas de estas preguntas.

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; la primera 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, y la segunda, también llamada 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.

Es importante considerar el contexto histórico del que deriva esta estructuración en Colombia. Según Hernández (citado por 1), 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 (1).

Desde finales de la década de los 40 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. Con esto, 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 (2).

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; al interior del 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 y generaban una gran segmentación. Los recursos los administraba cada caja (3).

Desde finales de los años 70, 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 aparente 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, toda vez que se desconocen con certeza los intereses individuales y de las clases gobernantes del momento.

Más tarde, desde inicios de los 90, se efectuó la segunda generación de 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 la descentralización mediante transferencias a los gobiernos locales, focalización de los programas sociales en la población más vulnerable por subsidio a la demanda y aumento del gasto público sin comprometer el pago de la deuda. En este mismo periodo 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, el 63% restante debía acceder a la salud a través de la red de hospitales públicos.

Luego de la Ley 11 de 1986 (4) y la Ley 10 de 1990 (5) se da una reorganización general del sector salud en todos sus niveles. Según Restrepo (6), 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 a todos y en todo lugar, con estas normativas se faculta la prestación a entidades estatales y privadas, además se reconoce que existen personas en incapacidad 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 de 1989 y 1993 (7,8) 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 provisión 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, aún en países como EE. UU. (9). Estos planteamientos fueron acogidos en Colombia bajo el nombre de pluralismo estructural en 1997, con base en la reforma a la salud establecida por la Ley 100 de 1993 (10).

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 y competencia perfecta de los actores.

Fallas de la salud como un bien público

La salud como bien público, es decir donde los servicios no son rivales en consumo ni excluyentes, se orienta a la prestación de servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades y acciones de intervención social por programas de adicción. En el mercado sanitario pueden producirse diversos fallos que desaconsejarían una provisión privada completa de servicios de salud (11); sin embargo, también se presentan fallas del sistema público en los siguientes casos:

Monopolios naturales

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.

Riesgo moral por información asimétrica

El riesgo moral se presenta si el individuo cambia su comportamiento conforme a su propio interés al valerse de la información que desconoce el asegurador que asumió el riesgo. Debido a que el paciente es el único que posee información completa de sus síntomas en la relación asegurador-proveedor-paciente, el riesgo moral se produce cuando el usuario abusa de los servicios asistenciales por encima de la cantidad requerida, aún más si está asegurado por el sistema y no paga algún precio por esto. De igual forma, el proveedor puede beneficiarse de la diferencia de información para generar más ingresos o menos gastos. 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 entendiendo la sanidad como un bien preferente y un derecho.

Sin embargo, con la regulación estatal en las entidades promotoras de salud (EPS) ha habido falta de transparencia y desvío de recursos públicos de la salud para actividades comerciales distintas, situación que afecta la integralidad del sistema. También se han observado altos niveles de corrupción en las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado (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. Además, esta situación ha traído efectos negativos sobre la sostenibilidad del mismo (12).

Entre las manifestaciones de corrupción se encuentran pagos de las EPS-S a los alcaldes para trasladar usuarios a su favor; cobros de unidad de pago por capitación (UPC), por afiliados inexistentes y por 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.

Fallas de la salud como un bien privado

Según Burki *et al.* (13), 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 esta publicación 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, p. ej. 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 de mercado inherentes, estos requieren alguna intervención gubernamental para determinar cuánto y qué se proporcionará.

En el tercer grupo de servicios, consistente en gran medida en modalidades intensivas de atención (o curativas, en oposición a preventivas), es menos convincente el argumento en pro de la intervención gubernamental, ya que en esencia son bienes privados. 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 (13).

Según la clasificación de tipos de servicios de salud que realiza el Banco Mundial (7), no es suficiente con la intervención del sector público en sanidad para proporcionar todos los servicios necesarios; además, la prestación de los servicios de exclusividad públicos será

perjudicial debido a que este sector también tiene fallos inherentes al funcionamiento.

Riesgo moral, selección adversa y evasión por información asimétrica

Colombia tiene uno de los sistemas de salud con mayor posibilidad de elección de proveedores y aseguradoras de salud. Sin embargo, la asimetría de la información genera algunas de las razones de la falla en la libertad de elección, las cuales son: a) los afiliados, en su mayoría 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 régimen contributivo; d) las aseguradoras han creado su propia red de proveedores 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; e) los gobernadores y alcaldes contratan una sola aseguradora en el régimen subsidiado y en localidades pequeñas solo hay una aseguradora o proveedora, y f) los costosos equipos de tecnología avanzada solo pueden ser adquiridos por los hospitales mayores y con más recursos (14).

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 o cuando el asegurador selecciona al menos propenso para disminuir los costos de indemnización. Esta falla influye 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 (15).

Otras causas de riesgo moral son las de evasión al sistema; el estudio de las reformas en Salud para América Latina (16) 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 adversa de pacientes se ha convertido en una práctica nefasta por parte de los prestadores de servicios, 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 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 se conoce como “paseo de la muerte” (Tabla 1).

Fallas derivadas del modelo de salud colombiano

La eficiencia se consigue al alcanzar el mejor estado de salud posible con el menor gasto público sanitario invertido. El resultado relevante se mide en indicadores del estado de salud como esperanza de vida, tasas de mortalidad infantil o años de vida ajustados por calidad

(AVAC). El gasto para la salud en Colombia ha aumentado de forma relativa: el aporte del gobierno pasó del 1.39% del producto interno bruto (PIB) en 1988 al 6% del PIB en 1993, en 1999 aumentó a

alrededor del 10% del PIB y, por último, fue de 5.8% del PIB en el año 2015, superior al crecimiento de la economía (2.8%) y al de servicios (3%) frente al mismo periodo del año anterior.

Tabla 1. Fallas de la salud como bien público y privado.

Causa o efecto/ imperfecciones	Sobre el asegurador	Sobre el proveedor	Sobre el usuario
Riesgo moral	Causas de evasión a) Aumento de la cotización. b) Crisis económica y 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. Efectos sobre la integralidad del sistema 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.	Causa Pagos de prestadoras de servicios a las EPS-S para obtener contratos. Efecto Sociedades comerciales, fundaciones sin ánimo de lucro, cooperativas y cajas de compensación, entre otras figuras jurídicas no especializadas, prestando servicios de salud.	Efecto Sobreutilización del servicio.
Asimetría de la información	Causas de la falla sobre la libre elección a) Desconocen sus derechos. b) Carecen de información, esta 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 proveedores (integración vertical). g) Los gobernadores y alcaldes contratan una sola aseguradora.	Efectos sobre la provisión de servicios a) Demanda inducida por la oferta. b) Falta de regulación de Precios.	Causa Información oculta sobre una situación de salud Efecto Falla sobre la libre elección.
Selección adversa	Causa Falta de información verdadera del estado de salud del paciente. Efecto Carga de los eventos catastróficos o de alto costo.	Causa Eliminación progresiva de subsidio a la oferta. Efecto "Paseo de la muerte".	Afecta el acceso universal a los servicios.
Monopolios y oligopolios	Causa Municipios y territorios alejados. Efecto Integración vertical mayor al 30%.	Causa Factores tecnológicos escasos.	Efecto Falla sobre la libre elección.

POS: Plan Obligatorio de Salud; EPS-S: entidades promotoras de salud del régimen subsidiado; UPC: unidad de pago por capitación.
Fuente: Elaboración propia.

Para el año 2011, Colombia gastaba 323 dólares por habitante al año, mientras otros países de la región invirtieron cifras superiores: Argentina, 730 dólares; Chile, 787 dólares; Brasil, 734 dólares, y Cuba, 707 dólares. En este mismo año, el resto del mundo, en lugar de disminuir, aumentó su inversión en salud: EE. UU. pasó del 13.6% al 16.2%, Cuba del 5.7% al 11%, Francia del 10.4% al 11.7%, Argentina del 8.3% al 9.5%, Brasil del 6.7% al 9.0% y Chile del 5.3% al 8.2%.

Este aumento relativo del gasto ha influido de forma positiva en los resultados del estado de salud para Colombia. Sin embargo, de acuerdo con el índice global de competitividad (IGC) del Foro Económico Mundial, el país perdió competitividad en especial por el pilar de salud y educación. El capítulo de salud del Informe Nacional de Competitividad 2014–2015 (17) analiza la situación del actual sistema de salud a la luz de tres dimensiones: 1) competitividad de la cadena, 2) acceso y calidad de los servicios y 3) sostenibilidad financiera.

Fallas en la competitividad de la cadena, modelo de oferta y demanda

Recursos humanos

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 (16).

Infraestructura

Según el Informe Nacional de Competitividad (17), 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. De hecho, en 2009 en Corea existían más de 10 camas por 1 000 habitantes. 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.

El número de médicos en Colombia es de 1.5 por 10 000 habitantes, que comparado con sus similares de América está muy por debajo del

promedio de 17.1. Asimismo, el número de personal de enfermería, que en el país es de 6.2 por cada 10 000 habitantes, también es bajo frente al promedio de 26.1 en los países con el mismo nivel de desarrollo (18).

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 redujo. 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 (19).

Fallas sobre la cobertura

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 Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2015 (20), se llegó al 94.6% de cobertura. El régimen contributivo 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.

Hay 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 a la salud de 1993, y que, 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.

Fallas en el acceso y la calidad

Según Mesa-Lago (17), los pobres, 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 régimen contributivo. Se debe aclarar que la afiliación al seguro no garantiza el acceso.

Homedes & Ugalde (21) 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, p. ej., 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 (22). 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 (23).

Al año 2015, solo 34 instituciones en el país habían logrado la certificación de acreditación. La baja calidad en los servicios de salud también se refleja en los excesivos trámites a los que se ven sometidos los afiliados, p. ej. en falla de la calidad —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 de 5.9% a 15.3% en las ciudades (24) (Tabla 2).

Fallas en 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; 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 cotizan al sistema, y la falta de diagnóstico y registro de las enfermedades ocupacionales que son cubiertas por el sistema de salud en vez de por el sistema de riesgos profesionales (16). Las variables macroeconómicas como la crisis fiscal y la diferencia de UPC en los regímenes afectan la eficiencia del modelo.

Conclusiones

La exposición de fallas que presenta el sistema reconoce, en primer lugar, que la reforma implementada a partir de la Ley 100 de 1993 (10) ha logrado un avance significativo en la cobertura de aseguramiento, casi universal; sin embargo esto no sucede en el acceso, la calidad y la sostenibilidad del sistema.

Con el aparente propósito de cumplir con las condiciones de un mercado perfecto y hacerlo más eficiente, se ha minimizado la regulación y la financiación mayoritaria del Estado en el modelo económico actual de salud en Colombia. Sin embargo, persisten fallas que generan una competencia imperfecta entre los actores, resultando inequitativo e ineficiente.

La complejidad de regular los mercados de aseguramiento en salud por la necesidad de monopolios naturales en la prestación de servicios, la información asimétrica, el riesgo moral, la selección adversa, la corrupción, los problemas estructurales descritos para oferta y demanda de servicios, el acceso, la calidad y la sostenibilidad financiera deben corregirse con el objetivo de lograr calidad de atención y universalidad en cobertura y acceso.

Con relación a la sostenibilidad financiera, esta se presenta como una falla estructural que depende en especial de las fuentes de financiación. Esto obliga a replantear el modelo de financiación y de operación de fondos del sistema, el cual se basa en aportes de la nación, impuesto a la nómina y manejo adecuado del fondo de solidaridad.

A criterio de los autores, se considera que es necesario un nuevo paradigma que no solo permita la eficiencia del sistema, entendida como competencia perfecta del mercado entre los actores, sino que garantice la universalización del aseguramiento y del acceso como un derecho, la equidad y la calidad en la prestación de los servicios.

El sistema debe buscar la implementación de esquemas económicos basándose en enfoques alternativos y complementarios al modelo vigente para lograr la equidad y eficiencia en salud. 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 logran resolver muchas de las causas de las fallas.

Tabla 2. Fallas derivadas 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.	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 en Latinoamérica. Presencia de solo 1.5 médicos por 10 000 habitantes, frente a 17.1 en Latinoamérica. Presencia de solo 6.2 profesionales en enfermería por cada 10 000 habitantes, frente a 26.1 en Latinoamérica.	Imposibilidad de acceso a los mayores niveles de complejidad para la mayoría de afiliados por escasez de oferta de especialistas y centros hospitalarios de alta complejidad.
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.
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.

UPC: unidad de pago por capitación; PIB: producto interno bruto; POS: Plan Obligatorio de Salud.

Fuente: Elaboración propia.

Conflicto de interés

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Vega-Vargas WM. Transformaciones en la protección social en Colombia. 1946-1993. [Tesis de maestría]. Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia; 2010.
2. Mesa-Lago C, Bertranou F. Manual de economía de la seguridad social latinoamericana. Montevideo: Centro Latinoamericano de Economía Humana; 1998.
3. Castañeda C, Fonseca M, Núñez J, Ramírez J, Zapata JG. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Bogotá D.C.: Fedesarrollo; 2012.
4. Colombia. Congreso de la República. Ley 11 de 1986 (enero 15): Por la cual se dicta el Estatuto Básico de la Administración Municipal y se ordena la participación de la comunidad en el manejo de los asuntos locales. Bogotá D.C.; enero 16 de 1986 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <https://goo.gl/9701UY>.
5. Colombia. Congreso de la República. Ley 10 de 1990 (enero 10): Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 39137; enero 10 de 1990.
6. Restrepo-Botero DI. Procesos de descentralización en Bolivia y Colombia, 1980-2005. Una propuesta de economía política espacial comparada. [Tesis doctoral]. Bogotá D.C.: Facultad de Ciencias humanas, universidad Nacional de Colombia; 2014.
7. The World Bank. Trends in developing economies 1989. Washington D.C.: Informe sobre el Desarrollo Mundial No. 8105; 1989 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <https://goo.gl/gWMn9A>.
8. Berkley S, Bobadilla JL, Hecht R, Hill K, Jamison DT, Murray C JL, et al. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud. Washington D.C.: Informe sobre el Desarrollo Mundial No. 12183; 1993.
9. Vargas-Lorenzo I, Vásquez-Navaret ML, de la corte-Molina P, Mogollón-Pérez A, Pierre-Unger J. Reforma, Equidad y Eficiencia de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. Un análisis para orientar la cooperación española. Informe SESPAS 2008. *Gac. Sanit.* 2008;22(Supl 1):223-9. <http://doi.org/d6636s>.

10. Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993 (diciembre 23): Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 41148; 23 de diciembre de 1993.
11. **Pascual-Sáez M, Cantarero-Prieto D.** Entendiendo la Economía de la Salud: Una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. *Estudios de Economía Aplicada*. 2013;31(2):281-302.
12. McKinsey & Company. Desarrollando sectores de clase mundial en Colombia. Bogotá D.C.: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo; 2009.
13. **Burki S, Perry G, Dillinger W.** Estudios Del Banco Mundial sobre América Latina y El Caribe, Más Allá Del Centro: La Descentralización del Estado. Washington D.C. Banco Mundial; 1999.
14. **Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, De Tabora M.** Equidad y reforma de salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2000;2(3):193-220.
15. **Jaramillo-Pérez I.** "La seguridad social en Colombia" en la Reforma de la Seguridad Social en América Latina: Mito y Realidad. Quito: ILDIS-FES-CUNASSC; 1999.
16. **Mesa-Lago C.** Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2005 [cited 2016 Jul]. Available from: <https://goo.gl/URaDZW>.
17. Consejo Privado de Competitividad. Informe Nacional de Competitividad 2014-2015. Bogotá D.C.: CPC; 2016 [cited 2016 Jul]. Available from: <https://goo.gl/9LhhU4>.
18. **Cobo-Soto AJ.** Las vicisitudes de la reforma a la salud. Portafolio. 2013 Sep 11 [cited 2017 Apr 21]. Available from: <https://goo.gl/V4d0ag>.
19. **Guzmán-Finol K.** Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de la República; 2014.
20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2015. Bogotá D.C.: DANE; 2016 [cited 2017 abril 13]. Available from: <https://goo.gl/y82G3X>.
21. **Homedes N, Ugalde A.** Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(3):2010-20. <http://doi.org/c7pqvx>.
22. Alcaldía Mayor de Bogotá. Política de Provisión de Servicios de la salud para Bogotá, D.C. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá; 2009.
23. **Ayala-García J.** La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de la República; 2014.
24. **Reina YC.** Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas (2008-2012). Documentos de trabajo sobre economía regional. Cartagena: Banco de la República; 2014.

