



Munich Personal RePEc Archive

## **Health Care Service Reform in Colombia**

Loaiza Quintero, Osmar Leandro

Universidad de Antioquia

12 August 2005

Online at <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/14048/>  
MPRA Paper No. 14048, posted 13 Mar 2009 07:36 UTC

# **La Reforma al Sector Salud en Colombia**

Osmar Leandro Loaiza Quintero

Universidad de Antioquia

## **Resumen**

Este artículo pretende dar una visión panorámica del proceso de reforma del sector salud en Colombia, que introduce los principios de competencia en su funcionamiento. Para tal efecto se analizan sus antecedentes, sus características y sus consecuencias. El análisis que se configura aquí es intuitivo y empírico, y busca identificar los elementos clave en los que se orienta dicha reforma. Este artículo finaliza haciendo unas observaciones sobre los resultados y la experiencia de la reforma del sector de la salud, y realiza algunos cuestionamientos finales sobre la misma.

**Palabras Clave:** Reforma del sector salud, Ley 100 de 1993, aseguramiento, régimen contributivo, régimen subsidiado.

## **Introducción**

La salud es un derecho que se debe garantizar a todo individuo, sin ninguna excepción. Esto hace que el sector salud sea un componente muy importante en la consecución del bienestar general de una sociedad. Por ello, es pertinente analizar la evolución que experimentó este sector en Colombia en los últimos años, considerando los grandes cambios que sucedieron en el orden mundial a principios de los noventa, los cuales condujeron a la creación de nuevos paradigmas en cuanto al modelo desarrollo y la concepción del Estado. El sector de la salud, no ajeno a dicha dinámica, fue uno de los más comprometidos en esa época de transformaciones.

Por ello, en este artículo se considerarán los principales cambios introducidos con la ley 100 de 1993 en el sector de la salud, analizando su efectividad a la luz de los resultados que

ha producido esta reforma en el sector para la población colombiana. Para tal fin se tendrán en cuenta también los principales problemas que trajo consigo la implementación de la ley 100, que se deben en parte a dificultades en su aplicación o a posibles problemas estructurales de la misma.

Por su trascendencia, el debate generado en torno a dicha reforma debe ser más accesible al conjunto de la población, quien es la más afectada por su aplicación. Sin embargo, tal cosa no sucede a cabalidad, limitando la capacidad del pueblo colombiano para opinar sobre la misma, e impidiendo que pueda comprender muchos de los aspectos y problemas de la reforma del sector salud.

Este artículo, por tanto, se inscribe en tal propósito, haciendo un compendio de sus principales antecedentes y sus consecuencias para el conjunto de la población, y referenciando las dificultades que surgen a partir de la actual situación del país combinada con las dificultades del funcionamiento de la ley 100.

### **Antecedentes de la Reforma**

Los procesos de reforma del sector salud no partieron de iniciativas sectoriales aisladas del conjunto de la economía, a pesar de que en los años ochenta ya se veía la necesidad de introducir modificaciones importantes en el mismo, para mejorar su funcionamiento y hacer más asequible y eficiente su atención a la población. Tales procesos de reforma partieron, por el contrario, de propuestas más amplias de transformación de la economía. El antecedente más importante de ese conjunto de propuestas de transformación es el “Consenso de Washington”, en el cual participaron el Fondo Monetario Internacional, el tesoro de los Estados Unidos, el Banco Mundial y los asesores económicos del Congreso de Estados Unidos, con el propósito de formular políticas que contribuyeran a lograr el desarrollo económico de los países tercer-mundistas. Dicho consenso se considera la cuna del neoliberalismo, que privilegia el mercado como el mecanismo más eficiente en la asignación de recursos.

Este consenso se produjo en el contexto de la crisis económica y del Estado de Bienestar de los ochentas, que giró en torno a la deuda externa. En esos años el Banco Mundial

realiza una serie de investigaciones en los sistemas de salud de los países en desarrollo, a partir de las cuales formula políticas de reforma para ese sector, las cuales adquieren una orientación más clara con el “Consenso de Washington”, apareciendo, en 1990, un texto de esa entidad financiera, titulado “*El Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*”, el cual compendia las políticas que ese ente formula.

Al leer dicho informe, pareciese que se pretendiera crear un mercado de salud y aseguramiento tal que se aproximase al “mercado competitivo ideal que toma cuenta de la incertidumbre” o a lo esbozado en “la teoría del aseguramiento ideal” -en los cuales todos los riesgos son asegurados y el mercado de seguros funciona sin fallos-, sobre los que habla Arrow en “*Uncertainty and the Economics of Medical Care*”.

Ese texto del Banco Mundial comienza con una lectura de los que ese organismo considera los tres problemas más importantes en el sector salud, los cuales son:

1. La asignación de recursos, ya que el gasto se concentra en atención curativa hospitalaria de alto costo y bajas o nulas externalidades positivas, en lugar de destinarse mayor presupuesto a la atención en salud básica y preventiva, que es eficaz en función de los costos.
2. Ineficiencia interna, porque los recursos escasos se usan deficientemente, por causa del uso inadecuado de los servicios de salud hospitalarios, congestión en éstos y subutilización de clínicas, problemas logísticos, baja calidad y altos gastos de funcionamiento debidos a la alta centralización.
3. Distribución urbano-rural desigual de servicios, presentándose alta inequidad porque los hospitales se concentran en las zonas urbanas y los ricos se benefician más de las subvenciones por tener mayor capacidad de absorber los costos en tiempo y viajes.

A partir de estos tres grandes problemas el Banco Mundial recomienda cuatro políticas, que son:

1. Imponer cargos a los usuarios de los servicios de salud gubernamentales, principalmente en la atención curativa hospitalaria, para

financiar parte de esos servicios y liberar recursos para la atención en salud básica, más eficiente en función de los costos, y mejorar el acceso para los pobres.

2. Fomentar programas de cobertura de riesgos, porque no toda la población está en capacidad de pagar altos cargos por la atención hospitalaria. Se recomiendan planes de pago anticipado y seguros privados para cubrir los gastos de la atención médica. También se sugiere la cobertura obligatoria e instaurar franquicias deducibles y pagos parciales para contener costos.

3. Fortalecer el suministro no gubernamental de servicios de salud por los cuales las familias están dispuestas a pagar. En este caso se recomienda reglamentar la atención de tales entidades y ejercer controles de calidad.

4. Descentralizar los servicios de salud gubernamentales, otorgando mayor autonomía financiera a las unidades de salud locales y a sus administradores en la planificación. Tal medida reducirá gastos y mejorará el acceso a servicios de salud en las zonas rurales.

Puntualizando, el Banco Mundial, de acuerdo al modelo de desarrollo neoliberal, propone, en cierta medida privatizar; pero más precisamente, mercantilizar; focalizar gasto en pobres y atención básica; y descentralizar. Estas medidas buscan reducir la responsabilidad del Estado en el sector salud, logrando reducir el gasto público y aumentando la participación del sector privado en él.

Como es evidente, tales políticas no tardaron mucho en convertirse en referencia obligada para los procesos de reestructuración del Estado y de la economía y, especificando, del sector salud, en los países en desarrollo.

### **La reforma en Colombia**

Colombia no se ve ajena a la problemática mundial, pues ella también afronta una grave crisis económica que conduce a la crisis del modelo de Estado seguido hasta ese entonces, viéndose obligada a reducir su gasto, incluida la inversión social. En el sector

salud la situación se torna preocupante, debido a que demanda mayor cantidad de inversión, frente a la mayor población y los costos crecientes en la atención hospitalaria; pero el Estado, por el contrario, se ve en la necesidad de reducir la proporción de su gasto en salud.

A raíz de los antecedentes mencionados y de esa situación, se promulga la ley 100 de 1993, que reforma el sistema de salud colombiano, por lo cual se abandona el seguro social prestado por el Estado fundamentalmente a través del Instituto de Seguros Social.

En esta reforma son importantes los principios de universalidad y solidaridad, por ello se adopta el aseguramiento obligatorio, como estrategia para garantizar la cobertura de toda la población, y se crean dos regímenes de aseguramiento: el contributivo y el subsidiado. El primero, protege a las personas con capacidad de pago -quienes cotizan bajo el sistema de pago anticipado- y el segundo a las personas pobres de bajos recursos. El principio de solidaridad se materializa al conjugar estos dos regímenes, trasladando recursos del contributivo para el financiamiento del subsidiado, y a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que reúne los recursos provenientes de las contribuciones y recursos fiscales destinados al régimen subsidiado.

Igualmente, esta “reforma dio lugar a una nueva organización sectorial basada en los principios de la competencia” (Restrepo. Julio/2004. Revista Gerencia y Políticas Salud), tratando de “establecer las condiciones para la intervención de las fuerzas del mercado” (Vega Romero. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas de Salud) en el sector salud. Esto implica, por tanto, la creación de un sistema de salud basado en la competencia regulada.

La regulación de dicho sector queda a cargo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), quien dicta las reglas de operación del sistema y define el Plan Obligatorio de Salud (POS, el cual deben ofrecer las aseguradoras a sus afiliados). Este consejo es auxiliado por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), organismo de inspección y vigilancia. El financiamiento siguió siendo monopolio del Estado, a través del Fosyga, pero la administración de los seguros quedó a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), quienes contratan la prestación de los servicios a sus clientes con las Instituciones

Prestadoras de Salud (IPS). Además, con la ley 60 de 1993 que implementa la descentralización, se completa la reforma. En este sentido, se dio una descentralización territorial, que aumentó las responsabilidades de los municipios, los cuales deben ampliar la asignación de recursos al sector; y, por otro lado, se le concedió mayor autonomía a los hospitales a través de la figura de Empresa Social del Estado, con patrimonio y presupuesto independiente (Restrepo. Julio/2004. Revista Gerencia y Políticas Salud).

Dado el alto grado de incertidumbre que se da en el sector salud, dichas reformas también están encaminadas a corregir los fallos que por tal motivo puede presentar el seguro privado.

El aseguramiento obligatorio evita la selección adversa – consistente en el retiro de las personas de bajo riesgo por las altas primas generadas por los altos riesgos de otras, las cuales permanecen aseguradas-, tanto por el lado de los proveedores como de los usuarios. La definición de un POS único, evita que la oferta se concentre en los riesgos cuyos gastos son bajos, impidiendo la selección de riesgos. Y para controlar el riesgo moral -consistente en un sobreconsumo por la falta de precios-, se fija el cobro de cuotas moderadoras y pagos parciales.

Al analizar la estructura de la reforma del sector salud colombiano, es imposible no advertir la relación que hay de ésta con el conjunto de reformas propuestas para ese sector por el Banco Mundial. En primer lugar, se crea un mercado de aseguramiento y prestación de servicios que incentiva la participación de agentes privados. En el caso del régimen contributivo, se instituye la cotización de pago anticipado y se fijan cuotas moderadoras (franquicias deducibles) y pagos parciales, con el fin de contener los costos, motivando un uso más racional de los servicios por parte de los usuarios. En segundo lugar, en el caso del régimen subsidiado, la cuota moderadora corresponde a la política de imposición de cargos a los usuarios de los servicios de salud gubernamentales. En tercer lugar, el surgimiento de EPS y ARS privadas, junto con un entorno más favorable para la creación de IPS privadas, concuerda con la política de fortalecer el suministro no gubernamental de servicios de salud. Y finalmente, con

respecto a la política de descentralización es clara la relación, dado el nivel de autonomía que se le da a los hospitales.

### Resultados de la Reforma

Como se mencionó antes, la ley 100 pretendió hacer extensiva a toda la población la cobertura en salud por medio del seguro obligatorio. Sin embargo, tal objetivo no se ha materializado hasta el momento, ya que en el diseño de la reforma se sobreestimó las potencialidades del crecimiento económico para la generación de empleo y la capacidad de pago de los usuarios, pasando por alto las condiciones de creciente pobreza por ingresos (Gráfico 1). A pesar de ello, la ley 100 logró grandes avances en materia de cobertura, pasando ésta de un 20%, en 1994, a un 54%, en 1997. De este aumento de 34 puntos, el 61% de los nuevos afiliados corresponde al régimen subsidiado, gracias al incremento de los recursos para financiar la incorporación de personas de bajos ingresos; el 39% restante corresponde, fundamentalmente, a la incorporación del grupo familiar de los cotizantes al régimen contributivo. No obstante estos incrementos, entre 1997 y 2000 la cobertura se redujo un punto, pasando del 54% al 53% de la población. Esta leve disminución es atribuida a la recesión económica que atravesó el país en dicho periodo. Igualmente, la cobertura de la población ocupada aumentó entre 1992 y 1996, pasando de un 48.5% a un 62.4%, dándose una diferencia del 13.9%, de la cual le corresponde un 75% la régimen subsidiado y un 25% al régimen contributivo.

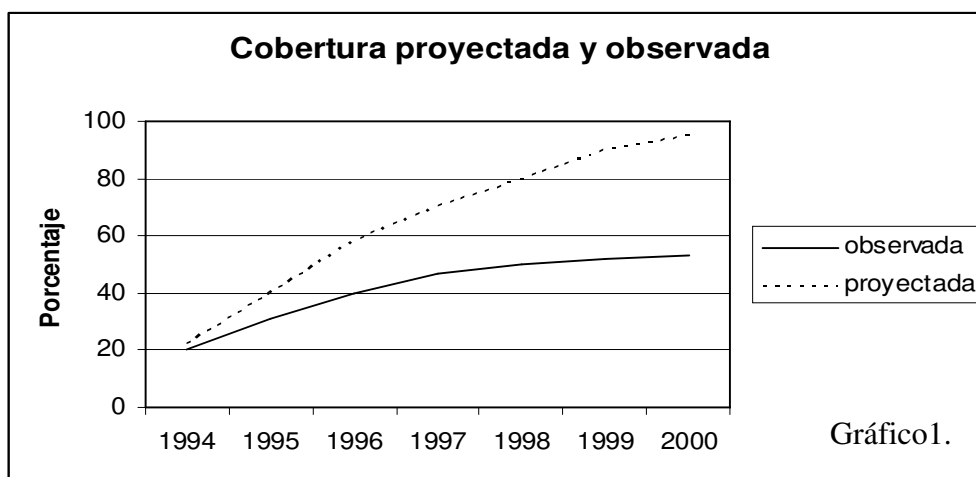


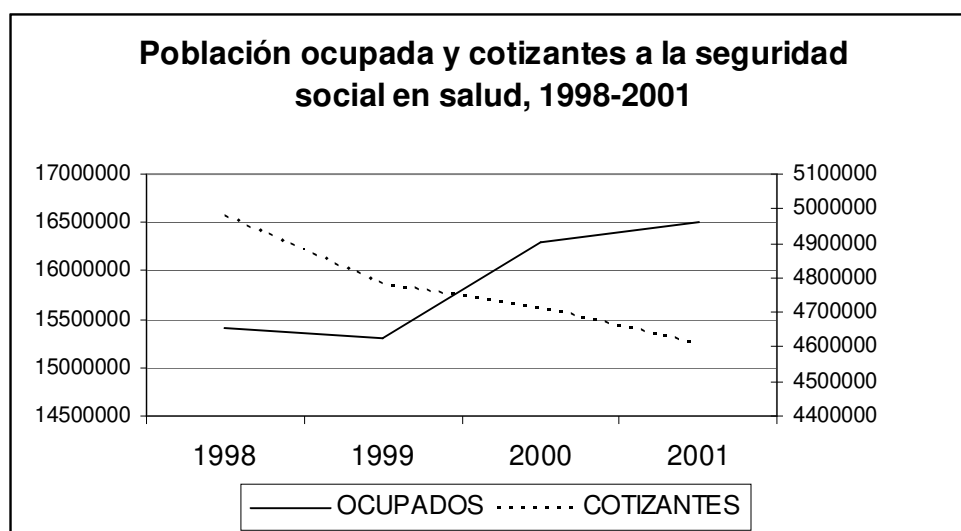
Gráfico 1.



Es interesante anotar aquí, como el régimen subsidiado fue el que mayor aumento en la cobertura experimentó, gracias a los nuevos recursos que se generaron para financiar dicho régimen.

La ampliación de la afiliación del régimen contributivo se debió principalmente, como ya se señaló, al aumento de los beneficiarios. Sin embargo, el aumento de los cotizantes fue mucho menor. Como las cifras lo muestran, entre 1994 y 1997 el número de afiliados creció un 70.2% (5.9% los cotizantes y 202% los beneficiarios), y entre 1997 y 2001 aumentó un 4% (0.7% los cotizantes y 6.4% los beneficiarios). Esta desproporción entre beneficiarios y cotizantes preocupa a las EPS, ya que su estabilidad financiera puede verse comprometida (Restrepo. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud).

Además, el nivel de cobertura del régimen contributivo está bastante ligado al nivel de ocupación del sector formal de la economía. Por ello, durante la recesión económica de finales de los noventa, dicho régimen experimentó una disminución de sus afiliados y, más precisamente, de sus cotizantes. Y aunque a partir de 1999 el desempleo disminuyó, la cobertura del régimen contributivo no subió, por el contrario, siguió cayendo. Esto se explica por que el aumento de la ocupación se debió principalmente al sector informal de la economía, por lo que parte de esta población se ha afiliado al régimen subsidiado (Gráfico 2).



Fuente; Boletín de Estadística, Supersalud. Citado en "Restrepo. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud".

El régimen subsidiado, que cubre a la población pobre, también ha logrado avances. En términos distributivos, el 20% más pobre de la población pasó de tener una cobertura del 4.3%, en 1993, a una del 47.1%, en 1997; frente al 20% más rico, cuya cobertura cambió de un 46.9% a un 65.4%. Es decir, la diferencia en cobertura de ambos quintiles de ingreso pasó de ser 13.6 veces mayor para los ricos a reducirse a 1.86 veces. Sin embargo, ello no deja claro que tanto se ha avanzado en equidad. El nivel de cobertura de la población pobre en ese mismo régimen tampoco es muy claro, porque varía según el indicador de pobreza empleado. Si se emplea el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), la cobertura de la población pobre parece ser de un 60%, pero si se usa la Línea de Pobreza (LP) dicha cifra se reduce a un 40%. De aquí surge un problema en la definición y la medición de la pobreza, que se puede traducir en que amplios sectores, también de bajos ingresos, pueden quedar excluidos del régimen subsidiado por las dificultades en esos factores. Adicionalmente se presenta una situación tensionante, debida al incremento de la pobreza y la informalidad, que exige que se sigan destinando más recursos a éste régimen, pero por causa de los acuerdo de Colombia con el Fondo Monetario Internacional, el gobierno debe reducir esos recursos, lo que indica que en este régimen tampoco crecerá la afiliación sustancialmente.

Sin embargo, pese a los grandes esfuerzos que se han realizado en materia de aseguramiento, lo que se refleja en la mayor cobertura, los efectos de la reforma sobre la equidad no son muy claros –sobre todo en cuanto a acceso y utilización de los servicios-, y pareciese que poco se ha avanzado en ello, no obstante los indicadores positivos que se han mostrado. Quizás por eso, persisten barreras al acceso, a pesar de la importancia de los seguros para reducirlas. El nivel de ingresos de los afiliados sigue siendo una variable importante que restringe la utilización de los servicios de salud, principalmente en el régimen subsidiado y para los trabajadores informales. En este mismo régimen, la distancia del centro de salud es una barrera importante. Para los afiliados al régimen contributivo las quejas sobre la calidad de los servicios incentiva el que no se acuda a atención médica (Tabla 1).

### 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
<b>I. barreras de oferta</b>			
a) A la entrada (cercanía)	7,5	5	3,5
b) Al interior	5,5	1,2	10,2
c) continuidad	4	3	10,2
<b>II. Barreras a la demanda</b>			
d) predisposición	12,3	7,7	19,5
e) datación (falta de ingresos)	43,7	63,4	9,9
f) necesidad percibida	26,8	19,6	45,4

- 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, 1997, Cálculos GES-CIE. Citado en "Restrepo. Julio/2004. Revista Gerencia y Políticas Salud".

Además, cabe señalar otros problemas importantes que han surgido durante la reforma, pero se hace difícil indicar, en muchos casos, si ellos se deben a dificultades en la implementación o si son problemas estructurales.

Se ha presentado, inicialmente, un proceso de concentración del mercado e integración vertical (aseguradoras y prestadoras), que se refleja en la menor competencia. Aunque en las principales ciudades del país se presentan indicios de competencia, tal cosa no ocurre en la mayoría de los municipios, donde la EPS y ARS dominantes manejan, en promedio, un 73% del mercado y un 77% de los afiliados, respectivamente (Restrepo. Julio/2004. Revista Gerencia y Políticas Salud). Tal limitación de la competencia es atribuible, en parte, a las debilidades en la regulación; pero "aún si el control fuera óptimo, el cumplimiento de las normas puede ser compatible con la concentración del número de intermediarios", puesto que "la reducción de costos está asociada con el aumento de la cobertura por intermediario" (González. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud).

Este problema, unido a la preferencia de las aseguradoras (en especial las EPS) de establecerse en zonas con población mayoritariamente urbana, ha conducido a la existencia de mercados incompletos, por lo cual en algunos municipios del país y entre la población rural se tiene una oferta insuficiente para la afiliación, debido a la ausencia de esas entidades o a la imposibilidad de practicar la libre elección por parte del consumidor –por la concentración del mercado antes mencionada- (Restrepo. Julio/2004. Revista Gerencia y Políticas Salud).

El proceso de descentralización también enfrentó grandes inconvenientes, no obstante la expansión de la red pública de servicios que generó, pues en lugar de reducir los costos administrativos estos aumentaron. Esto se debió, en gran parte, a lo acelerado de dicho proceso.

Además, el principio de eficiencia económica –introducido por los de competencia- acompañado por el ánimo de lucro de los aseguradores privados, ha ocasionado dificultades graves al acceso e, incluso, a la ética del ejercicio médico. La mejora de la eficiencia con el objeto de incrementar las ganancias, está conllevando a la disminución de la oferta y la disponibilidad de servicios con un deterioramiento en la calidad de la atención. Tal situación se refleja en las restricciones para usar medicamentos en los pacientes, en la negación de radiografías o exámenes más dispendiosos y en la renuencia de las aseguradoras para costear procedimientos o tratamientos complejos. Frente a esta situación se han hecho denuncias de que las EPS y las IPS presionan al personal médico para que haga racionamiento de los recursos, otorgando, incluso, estímulos a quienes formulen menos exámenes o ahorren costos en la atención de los pacientes. Esto ha conllevado a que los usuarios recurran cada vez más al mecanismo jurídico de la tutela para defender sus derechos y poder acceder a atención de alto costo. Esta situación ha generado un círculo vicioso que puede poner en entre dicho la estabilidad financiera de las aseguradoras, por los numerosos fallos en su contra, pero que también pone en tela de juicio la función social del sistema de salud en el mejoramiento del bienestar de la población, lo cual revela grandes debilidades en él.

## **Eficiencia económica versus Bienestar social**

Esta problemática lleva a preguntarse si la eficiencia económica verdaderamente conduce al bienestar social. Una respuesta a esa pregunta probablemente no sea definitiva, a parte de lo difícil que es resolver dicha cuestión. Sin embargo, podemos aventurarnos a decir unas palabras respecto a este asunto.

En la actual manera de concebir la eficiencia económica, muy ligada al concepto del mercado, confiamos en que este mecanismo es el más idóneo para alcanzarla, y que necesariamente de allí se desprende una mejora del bienestar, ya que oferentes venden todas sus mercancías y los consumidores adquieren el bien deseado por un precio que están dispuestos a pagar. Empero, por lo menos en el mundo real, tal relación entre eficiencia y bienestar a través del mercado no se cumple siempre, ya que el equilibrio de mercado puede ser una situación tal que un bien que podría contribuir a mejorar el bienestar de la población no es accesible a toda.

Por ello, permitir que las fuerzas del mercado intervengan en el suministro de un servicio con las particularidades y la importancia del de la salud es algo muy cuestionable; sobre todo cuando muchas de las actividades que implica la prestación de dicho servicio no son comercializables o presentan unas características que pueden inducir fallos de mercado y dificultades en su suministro por parte de agentes privados.

De aquí surge otra pregunta interesante: ¿implicaría ello que en algunos casos se presentaría un *trade-off* entre eficiencia económica y bienestar social? Esta es otra cuestión difícil de resolver, pero podemos decir que considerando que los recursos son escasos, es factible que en la práctica sí se presente esa disyuntiva. No obstante, es posible decir que tal disyuntiva puede generarse, en parte, por la actual forma de concebir la eficiencia económica. En ese caso, tal vez una posible salida a esa disyuntiva sería revisar esa forma de definir la eficiencia económica y plantear nuevos mecanismos para alcanzarla, teniendo en mente esas situaciones donde el mercado no es el mejor mecanismo para hacerlo.

Reitero, sin embargo, que tales palabras son ideas aventuradas sobre un asunto que podría ser fuente interesante para un debate mayor de lo que lo es en la actualidad.

## **Conclusión**

Como se puede observar, la reforma al sector salud fue un suceso encadenado a un conjunto de hechos más amplio, íntimamente ligados a las orientaciones del Consenso de Washington y el Banco Mundial. El sistema de seguridad social que emergió a partir de dicho contexto y siguiendo esas orientaciones diseñó un modelo propicio para la inversión de capital privado, la competencia entre el sector público y privado, y la reorientación del papel del Estado a la regulación del mercado de seguros y servicios de salud (Vega Romero. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud).

Tal modelo coincide con las recomendaciones de reforma del Banco Mundial y con el nuevo modelo de Estado –el cual se propugna sea más reducido-, y sirve a los acuerdos de reducción de gasto y reestructuración económica con el Fondo Monetario Internacional.

Empero, la reforma al sector salud en Colombia, logró un aumento considerable de la cobertura en aseguramiento, factor clave para facilitar el acceso de la población a los servicios de salud, pero no logra evitar otras barreras al acceso. Incluso hay quienes dicen que la reforma redujo la cantidad de colombianos con atención en salud, pues en el anterior sistema, el 75% de la población, así no tuviera carné del ISS o de alguna caja de compensación familiar, accedía a los servicios (Alma Máter. Julio/2005). Tal situación indica que, si bien el seguro es fundamental, no ha sido suficiente, más aún cuando este se concentra en las personas con capacidad de pago para cotizar o en aquellas de muy bajos ingresos; por ello, existe un sector de la población que ha quedado excluido del aseguramiento, pues no cuenta con los ingresos suficientes para cotizar, pero tampoco es calificada como pobre. Esto también puede reflejar los inconvenientes que se dan con la definición y la medición de la pobreza, antes mencionados, pero igualmente es evidencia de que la recuperación económica ha girado en torno al empleo informal e, incluso, el subempleo, generando esa franja de la población que está quedando excluida del sistema de salud. De este último hecho, unido a la reducción de nuevos recursos para el régimen

subsidiado, puede suponerse que probablemente el nivel de cobertura variará poco o se estabilizará para ambos regímenes en los próximos años.

Igualmente, la concentración de las aseguradoras, la oferta insuficiente, los problemas de calidad y los que se plantean en cuanto a la ética médica, lleva a cuestionar la pertinencia de la reforma y su confianza en el mercado. El que esta reforma haya permitido la entrada de agentes privados en el sector salud no es inconveniente de por sí, el problema surge cuando estos agentes actúan en función de la ganancia, lo cual ha provocado, en gran medida, las complicaciones mencionadas. Esto plantea una tensión entre los fines altruistas de la atención médica y la conducta egoísta de las aseguradoras, lo cual ha desembocado en una crisis de la ética médica, que ha planteado un dilema en el momento de atender al paciente, ya que los médicos no tienen la posibilidad de dar un tratamiento sin considerar los costos, lo que también afecta la calidad de los servicios y su disponibilidad.

Por lo anteriormente expuesto, es menester preguntarse por la pertinencia del sistema de seguridad social y el conjunto de sus medidas y las estrategias adoptadas para alcanzar sus objetivos. Hay que reconocer que como un proyecto innovador, no es de extrañar que haya experimentado tantas dificultades en su implementación. Por ello, la experiencia de esta reforma debe servirnos para tomar nuevas enseñanzas que nos permitan construir un sistema de salud más acorde con las necesidades y la situación económico-social del país, que se preocupe más por la equidad y que “promueva el respeto y el desarrollo de la libertad del paciente, en la igualdad de acceso y uso de los servicios médicos según su necesidad” (Vega Romero. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud). Pero esto plantea también que, en gran medida, la solución a muchos de los problemas de la ley 100 debe buscarse por fuera de ella (González. Septiembre/2002. Revista Gerencia y Políticas Salud), lo que implica integrar el sector salud, de forma más estrecha, en una política de crecimiento y desarrollo económico global, que ayude a disminuir muchos de los factores que hacen ineficaz dicha reforma y que pueden obstaculizar cualquier otra, y que contribuya a lograr esa equidad que borre las diferencias y las barreras al acceso que aún persisten en los servicios de salud.

## Bibliografía

Arrow, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the Economics of Medical Care". *American Economic Review*, vol. 53, # 5, 941-967.

Banco Mundial. 1990. *Financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo*. Washington D.C.

Feo, Oscar. 2004. "La salud pública en los procesos de reforma y las funciones esenciales de salud pública". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 22, número especial, 61-77.

Fuchs, Victor. 2001. "El futuro de la economía de la salud". *Lecturas de Economía*, # 55.

González, Jorge Iván. "Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, # 2, 18-24.

Mushkin, Selma. "Hacia una definición de la economía de la salud". *Lecturas de Economía*, # 51

Restrepo, Jairo Humberto. "El seguro de salud en Colombia". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, # 2, 25-40.

Restrepo, Jairo Humberto. "¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 3, # 6, 8-34.



Vega Romero, Román. “Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, # 2, 49-65.

Vega Romero, Román. “Década de los noventa: Discurso de la focalización de subsidios en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, # 2, 107-108.