

O p i n i ó n

Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo*

Health systems under market conditions: the reforms carried out
during the last quarter century

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, MSP. Doctor en salud pública. Profesor Titular de la Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com.

Recibido: 05 de diciembre de 2012. Aprobado: 23 de septiembre de 2013.

Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 95-107

Resumen

Objetivo: el ensayo explora los cambios a partir de la introducción de los mecanismos del mercado en las reformas del último cuarto de siglo. **Metodología:** se toma como eje analítico las condiciones de mercado, determinante de las configuraciones y de los resultados que presentan actualmente los sistemas de salud en la mayoría de los países. Se complementa con el análisis de la presencia o no de mecanismos de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones del mercado sobre la salud. **Discusión:** el artículo parte de caracterizar varios tipos de mercados de servicios de salud y considera, de otro lado, la función estatal, y su articulación en la mezcla público-privado,

luego de analizar algunas tipologías de los sistemas de salud relacionadas con los modelos de mercado. **Conclusión:** los mecanismos del mercado introducidos en las reformas de salud en el último cuarto de siglo en la mayoría de países de América Latina (AL) han transformado los servicios de salud en favor del mercado financiero transnacional, y han generado inequidad, ineficiencia, corrupción, desequilibrio financiero del sistema de salud, y malogrado las condiciones de salud de la población.

-----**Palabras clave:** mercado, salud, sistemas de salud, Estado, Latinoamérica

Abstract

Objective: the essay explores the changes based on market mechanisms introduced in the reforms of the last quarter century. **Methodology:** market conditions are taken as an analytical axis determining the configurations and results of health systems seen today in the majority of countries. The analysis is complemented by the presence or absence of regulatory mechanisms which

reduce the negative impact of market imperfections on health. **Discussion:** this paper aims to characterize various health care market types while taking into account the function of the State, and its articulation within the public-private sector after analyzing some of the types of health system that are related to the market models.

* Este trabajo se llevó a cabo bajo el auspicio del Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia (CODI) y del Grupo de Investigación en políticas públicas y salud – Línea de Salud Global. Medellín, Colombia.

Conclusion: the market mechanisms introduced in the health reforms in the last quarter century in most Latin American countries have transformed health services in favor of the transnational financial market, thus generating inequity, inefficiency, corruption and financial imbalance in the health

system, which in turn has a negative effect in the health conditions of the population.

-----*Keywords:* market, health, health systems, State, Latin America

Introducción

Desde 1987 cuando el Banco Mundial publicó su famoso estudio sobre las condiciones financieras de los servicios de salud en los países en desarrollo [1], se han intensificado las reformas de mercado en los sistemas de salud de América Latina y en el mundo. El mercado es una institución social en la que se intercambian bienes y servicios, así como factores productivos. En él, los demandantes y los oferentes de un bien o servicio lo comercializan libremente, en tanto este es un mecanismo de asignación de recursos (ambos, demandantes y oferentes aceptan el precio de un bien o servicio para realizar el intercambio) [2].

Los sistemas de salud (...) se originaron a partir de presiones económicas y sociales [3]. Las razones económicas se derivaron de la inserción de los países de América Latina y el Caribe en el comercio mundial a finales del siglo XIX y comienzos del XX.

Históricamente, las diferentes circunstancias económicas presionaron o condicionaron las políticas en diferentes campos de la salud pública, como las medidas de salud pública para sanear los puertos y la generación de ambientes saludables para la circulación de las mercancías. Medici [3] le atribuye un origen similar a las “medidas destinadas a proteger y regular el mercado de trabajo”.

Varios autores han caracterizado el sistema de salud en América Latina, previo a las reformas de final del siglo pasado, como un modelo segmentado, constituido por instituciones de seguridad social, originadas en el modelo bismarckiano del final del siglo XIX; por el asistencialismo público, al lado de la beneficencia y de las iglesias; y por el sector privado. Después de las reformas desarrolladas en el último cuarto de siglo, la concepción ha cambiado a partir de las condiciones impuestas por el mercado, siguiendo las directrices del Consenso de Washington. No obstante, la evidencia señala que en la perspectiva del eje analítico de las condiciones de mercado “...el sector privado se ha desarrollado sin adecuados mecanismos de regulación que permitan reducir el impacto negativo de las imperfecciones de mercado, particularmente asociadas a los problemas de información”, según Medici [3].

Una primera aproximación nos permite advertir de manera hipotética que este modelo inspirado en el comercio, tiene dificultades porque obvia la planeación, no da pie a la planificación sanitaria y responde solo a las necesidades específicas del mercado. Aunque se argumenta, a partir de las reformas del último cuarto de siglo, que hay integración de los segmentos por medio del mercado, lo cierto es que estos modelos caen en la atomización institucional, en la anarquía por falta de reglas de juego y regulación estatal, al no controlar las fallas del mercado en toda su dimensión.

Las reformas en salud de este tenor (que serían las del último cuarto de siglo) tienen como objetivo la eficiencia (se confunde el fin con los medios) y podría pensarse que son pertinentes para lograr las metas económicas, al aprovechar los mecanismos del mercado como medios para asignar recursos, pero olvidan que esta estrategia no es suficiente para lograr las metas sociales de la equidad.

El propósito del artículo es explorar, siguiendo el eje analítico del mercado, algunas de las tipologías de los sistemas de salud, bien sean los modelos de seguros públicos, los modelos empresariales o de fuerzas del mercado, los sistemas nacionales de salud, entre otros, para reinterpretar a la luz de algunas teorías basadas en el individualismo metodológico (como el *public choice*, la *teoría de la agencia*), los modelos de mercado en general. Transversalmente, todo el artículo enfatiza en el caso colombiano como un modelo de mercado en la práctica, aunque en teoría se defina como modelo de pluralismo estructurado y/o de competencia regulada[†] [4], ambos concebidos como variación del mercado puro.

Mercados de Atención en Salud

El modelo neoliberal ha centrado todo su accionar en el mercado. Múltiples esferas sociales son remplazadas por el mercado, así en su lógica, todos los intercambios humanos están sujetos a la oferta y demanda de los agentes del mercado, supuestamente iguales en sus niveles de información frente al producto [5]. Igual ocurre con la salud, en el contexto neoliberal se han introducido los “cuasi-mercados de salud”. Pero una nueva corriente de economistas de la salud [6],

[†] El modelo teórico de pluralismo estructurado fue descrito por Julio Frenck, Ex secretario de salud de Méjico y Juan Luis Londoño de la Cuesta, Ex ministro de salud de Colombia, ambos muy proclives a las políticas del Banco Mundial, en relación con la Reforma sectorial sanitaria.

la cual se explorará más adelante, ha señalado que la igualdad de información en el mercado de servicios de salud no es posible, donde los profesionales, antes, y ahora los gestores introducen una asimetría de información tal que los usuarios ni participan en la escogencia del servicio ni en el proceso de atención (producción de salud).

Aunque el mercado de los servicios de salud confirma la existencia de un intercambio de servicios entre las personas que necesitan estar sanas y los ofertantes que prestan los servicios que dichas personas demandan [2], este corresponde a mercados imperfectos (figura 1). En este apartado se analizan las relaciones entre la oferta y la demanda y sus interacciones, así como el comportamiento del mercado de atención, los fallos del mercado, las externalidades

y la regulación, temas todos estos que siguen la lógica de los mercados imperfectos.

Varios mercados se podrían explorar en salud, para nuestro análisis se mencionan los más clásicos, el mercado de servicios médicos y hospitalarios (internación), el mercado de servicios ambulatorios (cumplen algunas funciones de promoción y prevención), el mercado de seguros de salud y el mercado de productos farmacéuticos. Y externamente podemos encontrar relaciones con otros mercados: el mercado de los seguros en general, el mercado del trabajo, el de las pensiones, entre otros también en interacción con el bienestar [7]. Adicionalmente se asume que mediante la política pública se regulan o desregulan los mercados, logrando el mejor arreglo posible en los sistemas de salud (figura 1).

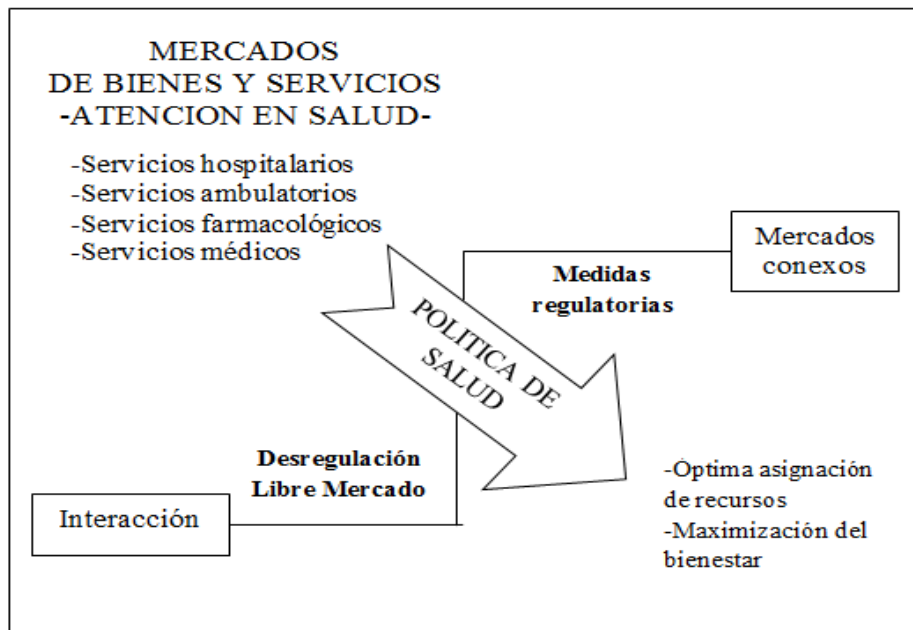


Figura 1. Los mercados de servicios de salud en un ambiente de competencia imperfecta

Elaboración del autor

Tres planteamientos preliminares son necesarios acerca de los mercados de servicios de salud:

1. Hablar de mercados de servicios de salud, nos posiciona de entrada en la perspectiva de análisis de la economía que viene en auxilio de la salud pública. Es este un enfoque que es necesario desarrollar por las circunstancias de los servicios de salud en el último cuarto de siglo y por la misma racionalidad económica de los sistemas de salud. Pero, esta ha sido una perspectiva de la salud no visualizada como sector sanitario, sino como un subsector económico más, interesado en el proceso de producción de cirugías, consultas médicas, y otros servicios conectados con varios sectores industriales y al servicio del sector económico.

2. Desde la economía neoclásica se caracterizan los servicios de salud como bienes públicos (colectivos) y como bienes privados (individuales); pero, en sentido estricto, no podremos hablar de mercados de salud porque “hay cosas que no tienen sustitutos de mercado adecuados, como la pérdida de la vida, o la pérdida de la buena salud, con componentes no monetarios como el dolor, la discapacidad o el sufrimiento” [8], aspectos centrales para la salud pública y, por lo tanto, propios de otra lógica de análisis disciplinar y académica. De ahí que no pueden existir mercados de la salud ni de la vida, así se les impute valores monetarios o se les mida desde la perspectiva económica. La concepción de la salud pública asegura que la vida, la buena salud y el sufrimiento

no tienen valor económico, por lo menos desde la ética. Aquí nos limitamos a los mercados de servicios de salud, un concepto distinto pero igualmente problemático para la salud de la población, aunque real como se describe en el ensayo.

3. Los mercados de servicios de salud no garantizan una solución óptima ni en la maximización del bienestar, ni en la asignación de recursos (figura 1), dado que ellos “describen estructuras de competencia imperfecta, fuertes externalidades en el consumo de atención de salud y una estrecha interdependencia” [9].

Entre otras razones, el modelo de competencia perfecta no funciona para los mercados de servicios de salud, dados los fallos del mercado que obligan a la intervención del Estado y/o de la acción colectiva, de acuerdo con la argumentación convencional de la economía de la salud. Las razones esgrimidas son fundamentalmente de eficiencia, equidad y justicia social. En relación con los fallos del mercado se describen algunos ‡ [10].

En consecuencia, el Estado tendría la obligación de intervenir como oferente de servicios de salud, o mediante la producción de bienes y servicios, o del suministro de estos bienes públicos, o de la redistribución a través de subsidios, o de la asignación de recursos con criterios de accesibilidad y universalidad, o mediante la regulación y la legislación, como pudo ser el intento colombiano de controlar las Entidades Promotoras de Salud (EPS), lo cual no se cumplió.

De un lado están las tensiones desregulatorias del libre mercado y, de otro, la necesidad de la regulación a través de medidas impuestas por el Estado, con el fin de direccionar la política sanitaria (y la planificación), lo que podría entenderse en un ambiente de competencia regulada (figura 1).

Algunos recomiendan un sistema de competencia regulada donde participen aseguradoras y entidades prestadoras [11]. Pero, también, se han identificado por

los teóricos varios fallos o limitaciones del Estado, de diversa índole [10]§. En consecuencia, los mercados de atención de salud no son de competencia perfecta, presentan barreras a la entrada, deben ser planificados, deben establecer control de precios, garantizar economías de escala en servicios de alta complejidad y redes de servicios, a pesar de los fallos del Estado [12].

Caracterización del mercado de servicios de salud

Se reconocen múltiples interacciones del mercado de servicios de salud con otros mercados: laborales, pensiones, aseguramiento, financieros, de insumos, educativos, de recursos humanos, etc. En tanto, los servicios de salud corresponden a una gran variedad de mercados, los cuasi-mercados de la salud [7], aquellos mercados internos que se introducen de manera forzada en los sectores sociales. Lo que parece ser más novedoso de la etapa neoliberal es la colonización que hacen ellos del campo de la salud y del bienestar. La organización de servicios de salud depende mucho de la interdependencia de los diferentes mercados, donde operan diversos proveedores públicos y privados y usuarios de bienes y servicios también diversos.

De igual manera, la oferta y la demanda de servicios de salud se condicionan mutuamente, siendo necesario evaluar lo que puede suceder cuando se introducen precios directos en el mercado de atención de salud; sus variaciones y las formas de financiación afectan esa interdependencia oferta-demanda. Así, lo que distorsionó los procesos de reforma se debió en gran parte a la introducción de esos mecanismos de pago que modifican la relación oferta-demanda de manera negativa. Al considerar el mercado de medicamentos, su demanda en gran parte depende de los mecanismos de financiamiento y de las restricciones al acceso, tales como las exclusiones en los diversos planes o paquetes de servicios.

En general se ha señalado que la práctica médica y las profesiones de la salud inducen la demanda; pero, el

‡ Los fallos de competencia se dan cuando la producción ofrece rendimientos crecientes a escala y se bajan los costos, con lo cual puede reconocerse así un monopolio natural. Esto es diferente a otro fallo de competencia que genera oligopolios, los cuales logran aumentar los precios, como ocurrió con las Entidades Promotoras de Salud en Colombia (EPS)

- Por ser la salud un bien público, no permite exclusiones, como en el caso de la educación sanitaria por medios masivos.

- Las externalidades se entienden cuando el consumo de un bien afecte positiva o negativamente otros agentes y el mercado no puede compensar ese efecto en los precios, ejemplo: por el hábito de fumar (la carga de enfermedad agregada – externalidad negativa) o la vacunación (externalidad positiva), siendo necesario la financiación estatal (subsidios) o el castigo por el Estado (impuestos, multas).

- Quizá el principal fallo que atañe a salud es la falta de información para la transacción del bien salud, debido a que la información es imperfecta.

- Fallos de redistribución: no se garantiza la distribución equitativa; debiendo intervenir el Estado.

- La salud es un bien preferente, y los individuos no siempre escogen la mejor opción (racionalmente). Se convierte la salud como un bien tutelar que debe ofrecerse por el Estado, inclusive obligando a los particulares (racionalidad individual) para que se comparta ese bien, defendiendo la racionalidad colectiva por encima de la individual.

§ Fallos de información (sobre los verdaderos beneficiarios de un programa de salud, por ejemplo), como en el antiguo sistema de salud colombiano; limitaciones para el control (de precios, por ejemplo, caso de medicamentos); problemas de burocracia (no es posible controlar su desempeño, o el cumplimiento de una ley o norma); limitaciones políticas y corporativistas, dado que varios agentes estatales están involucrados con grupos políticos o económicos con intereses particulares (ejemplo, en Colombia, al legislar sobre las EPS, existen cortocircuitos políticos y con grupos económicos y parlamentarios que impiden tomar la decisión más racional y ética).

análisis de los procesos de reforma muestra lo contrario, los mecanismos de pago y las instituciones en el proceso de atención están limitando la demanda. Se limitarían también lo que Katz y otros [9] denominan demandas derivadas: “Mercado de instrumental y equipamiento, insumos, fármacos y servicios de hospitalización”. Dadas las restricciones gerenciales (en función de un modelo de “atención gerenciada”, contable y de costo) hoy no bastan las consultas médicas para activar los mercados, como sucedió en otra época** [9]. Las auditorías y el gerencialismo han servido para cortar las cadenas de producción, sobre todo en los servicios de promoción y prevención y aún en los de tercer nivel y de apoyo.

Resumiendo, el sistema de precios influye notoriamente, bien como mecanismos de pago o como “mecanismo de redistribución de los recursos globalmente disponibles entre los agentes prestadores” [9]. Situación totalmente evidenciada en el momento de introducir más agentes en la intermediación y en la administración de los procesos de reforma, como en el caso colombiano que encarecen el proceso. Siendo necesario que los mecanismos de regulación y política pública acudan a dar soluciones en cada uno de los eslabones de transferencia de recursos.

No obstante, en el contexto neoliberal, no se puede desconocer que el mercado es un hecho y que hoy su voracidad penetra hasta los más impensables resquicios sociales. En términos de posibilidades *el mercado* sigue vigente, aunque cada vez más el consenso parece acercarse a la idea de que no resulta tan eficaz, como argumentan los ortodoxos, y quebranta la equidad y la justicia social.

Relación salud, Estado y mercado en la reforma del sector

Las reformas son procesos inevitablemente graduales y progresivos, incrementales y llenos de dificultades, muy dependientes del entorno político, económico y epidemiológico [13], de acuerdo con las diferentes corrientes de análisis y teorías políticas (incrementalismo, institucionalismo, *policy choice*, entre otras). La reforma en salud se concentra en algún problema o conjunto de problemas específicos con intensidad de recursos, acciones e idealmente de resultados visibles. Reconocer, por lo tanto, un período de reforma será un ejercicio *ex post* más que uno *ex ante*, porque las pretensiones de “estar haciendo una revolución”, como

sucede a menudo, o sentarse a la mesa para discutir “la gran reforma necesaria e impostergable”, no son más que declaraciones líricas o recursos demagógicos, sino expresión de frustraciones de reformistas insatisfechos”, como señalara Gil Walt [14].

Los intentos de reforma de los sistemas de salud, en el contexto neoliberal, pregonaron el desafío de aumentar “la equidad en lo referente a los beneficios, la eficiencia en la administración y la efectividad, buscando al mismo tiempo satisfacer las necesidades de salud de la población” [15]; no obstante, se basaba en una tendencia privatizadora y en la participación amplia de proveedores privados, encaminada a la reducción del gasto público siendo éste un ideal meramente retórico.

Fleury [16] describe varias teorías acerca de la reforma del Estado, con las cuales pretendió definir esas configuraciones de la relación Estado-mercado, fundamental en la época de la reforma. Resulta importante recordar que gran parte de la reforma del Estado en América Latina en los últimos 30 años, durante el hegemonismo neoliberal se guió por la introducción de los modelos de mercado y el recorte de lo público. En salud, la reforma nos coloca en la relación mercado y Estado, mediante la reconfiguración de la mezcla público-privado, situación que se dio en un contexto de permanente tensión entre el paradigma neoliberal y el social [17]. La relación del Estado con estos modelos de “sistemas de salud en condiciones de mercado”, es analizada siguiendo algunas de las teorías que han orientado la reforma, teorías que recomiendan sustituir el Estado por el mercado a pesar de su efecto negativo sobre los derechos sociales.

La Teoría de la elección racional que sustenta el modelo de mercado [16] explica el comportamiento humano en términos de elecciones racionales, más que por normas o por tradición o socialización o a partir de los conflictos sociales; las personas eligen el mejor curso de acción. Es un enfoque individualista que le viene bien al neoliberalismo y al mercado, aunque las elecciones no corresponden siempre con preferencias ni lleven necesariamente al bienestar. Es indudable que los modelos de reforma sectorial en las últimas décadas se han orientado y ayudado de esta teoría de la elección racional (*Public Choice*).

Al aplicar esta teoría a la reforma del Estado, como se han planteado en este análisis, tenemos “la teoría de la agencia” que mantiene los mismos principios, defiende el clásico utilitarismo, basado en las motivaciones individuales, la toma de decisiones racional y en la maxi-

** En el caso de la salud, variables de diverso orden están incidiendo en los cambios y resultados del mercado: densidad poblacional, habitantes por médicos, ritmo de crecimiento, grados de especialización sectorial, relación público - privado en el aseguramiento, prestación de servicios y financiamiento, y las formas de pago. Asimismo, la configuración de la mezcla público - privado (como se verá más adelante en este mismo ensayo) es trascendental, dado que “la evolución de la combinación público - privado hacia una creciente participación del sector privado guarda una estrecha relación con el desarrollo y formalización de los mercados de la salud”

mización de intereses. Pero, en general, como se trata de mercados imperfectos como se ha analizado en este ensayo, los agentes que toman las decisiones no acceden en igual grado a la información necesaria y para subsanar esta falencia se apoyan en un nuevo agente. El aporte de la teoría está en buscar un tercero en acción, identificar instituciones específicas que induzcan a los agentes individuales, a tener un comportamiento que beneficie el interés colectivo, más allá del interés oportunista^{††}.

Fleury sugiere comparaciones con las teorías neoinstitucionales y otras basadas en normas, acuerdos y consensos, más centradas en el colaboracionismo y en las concepciones del capital social, que no son objeto de este trabajo. Sin embargo, cabe recordar entre ellas el gerencialismo (*New Public Management*), que incluye varios mecanismos y técnicas de renovación administrativa, compatibles con las teorías descritas y con los modelos de mercado, como se evidenció en las reformas descritas en el período neoliberal (reformas de 1ª y 2ª generación).

La función estatal en salud y la articulación público-privada

En una publicación anterior, señalábamos al menos dos perspectivas para la reforma sectorial en esta época (la perspectiva libertaria de corte neoliberal y la del igualitarismo de corte social) [17]. Esta tensión obliga a delimitar de una mejor manera la relación Estado/mercado y la articulación público/privado. Esa articulación, que otros denominan “mezcla público - privada” [10], se debe entender adicionalmente en el contexto de la globaliza-

ción^{‡‡}. En tal sentido, las preocupaciones se centran en la posibilidad del Estado nación, en la autonomía de los habitantes de un territorio para trazarse su propio destino; para este propósito, es necesario hacer más por frenar los apetitos de la voracidad mercantil, mediante la regulación y la intervención de orden social (en cumplimiento de la función estatal). En suma, se debe mantener la consideración de la salud como un bien meritorio y tutelar y teniendo en cuenta los fallos del mercado y sus efectos negativos, como se ha descrito; pero, también, resolver las limitaciones históricas demostradas por el Estado.

La función estatal reconocida en estos modelos en discusión, durante las últimas décadas ha sido *la modulación* [4, 18]^{§§}, más que la regulación, pero ambas se han diluido en los vericuetos legislativos que buscaban la desregulación del mercado.

Según algunos tratadistas, el Ministerio de Salud ya no responde por los deberes del Estado, que representa, porque se ha embelesado en procesos de descentralización y privatización [19]. Así el Estado ha dejado la rectoría de la salud en manos de terceros, no legisla, no regula, no vigila, no cuenta con recursos propios, no hace cumplir sus propias normas; la poca capacidad rectora del Estado se pierde en la práctica clientelista y burocrática, como ha sucedido después de la promulgación de la Ley 100/93 que creó el sistema integral de seguridad social en Colombia^{***} [20].

Para analistas y funcionarios de organismos multilaterales, hoy, el rol estatal en salud estaría fundamentado en la rectoría sanitaria; pero, esta puede entenderse desde

^{††} En el concepto de la “agencia”, una organización o persona, en general es el Estado (este es el principal) mediante contrato a otra organización (el agente) delega el desempeño de un servicio y la autoridad necesaria. Sin duda, en el eje de la reforma colombiana en salud, desde 1993, pasó por la interacción principal - agente. Las EPS lograron el papel protagónico central, no sólo en el tema del aseguramiento, sino más allá para administrar, distribuir recursos y controlar el acceso a los servicios de salud. Más recientemente, con la nueva reforma y la propuesta de la ley ordinaria (2013), aunque desaparezcan las EPS, su cambio por las de “gestores” de servicio, es una acentuación de la teoría, esta vez en el tema específico de la salud pública (que no de la economía o del aseguramiento como antes), en la organización de servicios, en la gestión de la salud pública y en el control del acceso. La concepción utilitarista que trasciende las teorías mencionadas, recibe bastantes críticas desde la filosofía política y las corrientes igualitaristas como veremos en la discusión final. Adicionalmente, el problema de la teorías de la agencia, es que el agente tiende a actuar por sus intereses y no por los del contratante ni los colectivos (véase el desempeño de las EPS colombianas y las críticas que se le hacen también a las ISAPRES chilenas). A veces no es fácil delimitar las funciones principales del agente en las reformas y se pierde el control.

^{‡‡} En el contexto de la globalización neoliberal la reforma sectorial y los modelos de salud en condiciones de mercado han sido impuestos por los agentes transnacionales, interesados en “más mercado” y el “menos Estado” posible. Es innegable que la concepción beneficiante del Estado ha perdido vigencia (también el asistencialismo público que está muy desacreditado tanto desde las posiciones de derecha como de izquierda); pero, entre Estado y mercado se deben explorar nuevas modalidades mencionadas, que tienen que llegar para resolver las múltiples crisis acumuladas en el pasado reciente, una de ellas es la de la salubridad pública.

[§] La rectoría juega un papel estatal de modulación de los sistemas de salud: la modulación es reconocida como una de las cuatro funciones de los sistemas de salud además del financiamiento, la prestación de servicios y la articulación o adecuación. Esa modulación implica una fuerte y estratégica acción sobre la acción social, sobre los diferentes actores y movimientos por la salud, sobre el proceso social de producción de salud. Se ejerce por todas las ramificaciones del Estado que se responsabilizan de la salud: el ministerio central, las superintendencias, los municipios, las secretarías departamentales, las direcciones locales, las empresas y entidades públicas de salud, también las funciones por delegación. Así, sus responsabilidades serán: movilización de servicios, intervención intersectorial, programas sanitarios, focalización de recursos; concertación de objetivos y estrategias de intervención, garantía de participación de múltiples actores, liderazgo político y técnico; coordinación de diferentes organismos del sector salud.

^{***} La Corte Constitucional colombiana señala mediante la Sentencia T-760 de 2008 que “El Estado desprotege el derecho a la salud cuando permite que existan vacíos o lagunas en la regulación, que se constituyan en barreras de acceso a los servicios de salud” y demanda del gobierno el cumplimiento de su labor reguladora y la rectoría del sistema de salud, en relación con el derecho a la salud y la igualación de planes de beneficios para todos los ciudadanos.

una visión más general, como determinada por grandes megatendencias y cambios mundiales [18]: el modelo de desarrollo, la participación privada, la transición hacia la democracia participativa, las disímiles acepciones alrededor del concepto de lo público, la liberalización y la globalización de la economía, entre otros.

El concepto de Rectoría Estatal pudiera recoger lo que quedó de lo público e incluye también la actividad intersectorial y no compete solamente a las instancias centrales ministeriales. El aspecto principal está dado por el papel del Estado y sus responsabilidades en salud pública. Las críticas desde las concepciones basadas en el “adelgazamiento del Estado” y la “modernización institucional” (propias de las reformas de 1ª y 2ª generación) [21] han llevado al planteamiento de nuevas formas de entenderlo y han dado origen a nuevas funciones en salud (las funciones esenciales de la salud pública, que hacen parte de la rectoría) [22].

La mezcla público-privado se da, a su vez, por la interacción del Estado y los oferentes particulares mediante una repartición de funciones entre unos y otros: provisión, financiamiento, compra-venta, etc. En Canadá, por ejemplo, están completamente separadas la financiación pública y la provisión privada, aduciendo razones de equidad y transparencia económica. En otros casos existen proveedores privados y públicos, combinados. Finalmente, como otra modalidad, la forma en la cual el sector privado se integra completamente al sistema, compitiendo por el aseguramiento y la provisión de servicios con el sector público [11]. En consecuencia, se plantean varias configuraciones de sistemas de salud, muchas de las cuales podríamos incluir en “modelos de salud en condiciones de mercado”

Caracterización de los modelos de salud en condiciones de mercado

Los modelos son soluciones organizacionales que tipifican una figura un poco ideal para una determinada situación, constituyen arreglos, en el caso de los sistemas de salud, de la población y las instituciones alrededor de la respuesta social organizada, dando origen a múltiples tipologías en lo cual coinciden varios autores [4, 23-27].

Además de la fuerte determinación de actores internacionales o transnacionales en los procesos de reforma, resultan muy importantes las presiones ejercidas y el conflicto generado por los intereses de los múltiples y diversos actores nacionales. Colombia (1990-2013) diseñó el modelo más acorde con la pretensión de los reformadores internacionales (Banco Mundial), basado en el ajuste estructural, siguiendo la lógica neoliberal del consenso de Washington (en teoría un modelo de competencia regulada) [4]. Chile consolida un modelo

privado de mercado con dualidades para ricos y pobres. México, un modelo basado en cuasi-mercados (mercados internos intrainstitucionales). Brasil, un modelo de sistema único público de salud, pero basado en contratos. Costa Rica, a pesar de reforzar la gestión económica y la mezcla público-privada, mantiene su tendencia universalista de la seguridad social [28]. Estos son sólo algunos ejemplos del mosaico reformista que se dio en la última etapa en América Latina y el Caribe (ALC), bajo la presión de las políticas macroeconómicas impuestas desde afuera y como consecuencia de las propias condiciones de mercado que definen la configuración final.

Cuando se habla de modelos de salud en condiciones de mercado, no se refiere a modelos de mercado puros, se basan en la lógica política cuyo núcleo es el mercado y sus intereses los de la apuesta financiera neoliberal. Así, es posible que cohabiten público y privado, a veces indiferenciados en sus objetivos de ganancia y rentabilidad, los cuales responden a objetivos macroeconómicos distantes de la lógica social.

Un ejemplo de esta tendencia es el del mercado de los seguros de salud: muy a pesar de que se aconseja el aseguramiento universal, no está claro para todos la ponderación de lo público y lo privado, y no parece ser del todo recomendable, para algunos analistas, el aseguramiento total por el Estado [11]; al respecto no defienden “los modelos en donde los seguros público y privado están totalmente separados o totalmente integrados”; pero siempre buscando una mayor participación del sector privado mediante la creación de mercados internos [11].

El auge del mercado en salud toma forma a partir del desarrollo de diversas formas de contrato entre los diferentes segmentos del sistema de salud; se fortalece el sector privado que contrata con el público y con el de la seguridad social clásico. Este modelo que se constituye así de manera transicional, se aproxima al del Banco Interamericano de Desarrollo, denominado “Sistema Intensivo en el uso de contratos” [25], también a la modalidad de mercado libre y a la modalidad corporatista del modelo privado atomizado. Sin embargo, si algo ha hecho común las reformas sanitarias de los 80-90 en América Latina ha sido la introducción de las “condiciones de mercado” bien sea mediante los modelos típicos desregulados, o la inclusión de mercados internos o cuasi-mercados o, bien, bajo la implantación de mecanismos de mercado sometidos a la regulación estatal o cabalgando sobre la descentralización en diferentes grados (figura 2) y surgen así varias configuraciones de sistemas de salud según predomine el mercado o el Estado.

Varios autores han señalado las características y las limitaciones de los modelos basados en el mercado [23, 29-31]:

La provisión de servicios y el aseguramiento se concretan en un ambiente competitivo; los individuos

acceden mediante su libre elección a las instituciones de aseguramiento y prestación; presencia de entes de gestión privada y prestadores privados; el Estado delega su papel de prestador y administrador de seguros. El derecho a la salud y la prevención en los servicios se deja en manos de entidades privadas en un ambiente competitivo, obviamente sin posibilidades de garantía.

Katz [9] señala algunos problemas de eficiencia microeconómica, de equidad distributiva, del mercado de fármacos, en la complejidad de la estructura sectorial, etc. Miranda, al referirse al modelo chileno [27], aduce deficiencias por aumento de costos, inequidad de acceso, consolidación del modelo médico individual y reparador, deterioro comunitario y preventivo. En condi-

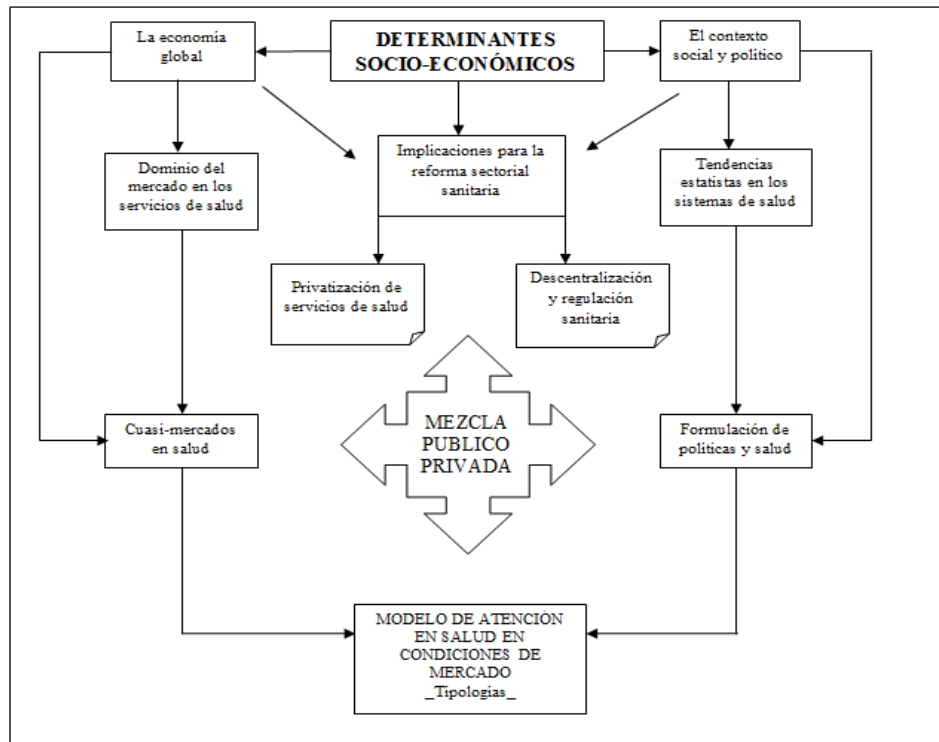


Figura 2. Diagrama conceptual: Modelos de Atención en Salud en condiciones de mercado
Elaboración del autor

ciones de mercado existe fragmentación, multiplicidad de prestadores y aseguradores, así como múltiples organizaciones empleadoras públicas, privadas y mixtas; falta coordinación y unicidad del sistema de salud.

También es un hecho, que muy a pesar de las críticas que se hace a los tradicionales esquemas segmentados, los modelos de mercado privado son más selectivos, fragmentan aún más hasta llegar a la atomización, solo atienden a quienes tienen un alto poder de compra; son por lo tanto inequitativos, su dinámica responde más a los intereses particulares y de los agentes del mercado.

Lo más característico de los modelos de mercado desarrollados en la última oleada de reformas en América Latina ha sido la expansión de los seguros privados pero sin capacidad para garantizar una cobertura universal con el aseguramiento, ni son capaces de garantizar la atención a los propios asegurados; se dirigen fundamentalmente a los segmentos del mercado más pudientes y con menos riesgos en su salud, con mejores indicadores en su salud, con menor riesgo de padecer enfermedades muy costosas.

No obstante, hasta a los mismos agentes privados les interesa la presencia del sector público para endilgarle aquellos grupos de población con menor capacidad de pago y mayor riesgo, y así mismo para que subsidie las acciones del alto costo, ejemplo el sida en Colombia u otras “enfermedades catastróficas”. Aún los pobres pueden ser incorporados al mercado mediante los mecanismos del subsidio a la demanda, lo que requiere que exista alguien que pague por ellos.

Estos modelos, de algún modo han sido recomendados por el Banco Mundial y organismos multilaterales sobre la base de que la eficiencia lleva a la equidad y el mercado resuelve los problemas de distribución equitativa a partir de las elecciones individuales.

Al analizar “los modelos de salud en condiciones de mercado”, siempre aparece el referente de la reforma sectorial sanitaria y, en particular, el caso del sistema de salud chileno, pero otros más han sido considerados para el análisis, al final del siglo xx: Uruguay [32], que luego hace una contra-reforma en 2010; Argentina, con

algunas especificidades novedosas en el sistema de seguridad social [33]; Estados Unidos, con mecanismos bastante sofisticados de arreglos en el mercado [34-37], hoy en vías de modificación gracias a la tímida y controvertida reforma “Obama Care”; Chile, basado en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y en las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) [37], hoy introduce reformas más sutiles aún, con las “tablas de factores de riesgo” [5] y un modelo “semiautárquico” [38]; y Colombia que pasa de ser un modelo teórico de competencia regulada, a un modelo de mercado desordenado en la práctica, a pesar de los intentos legislativos [39, 40], peor que un modelo de mercado puro.

Discusión

Los pensadores y defensores del liberalismo radical como Rober Nozic [41] y sus seguidores posteriores, propenden por un Estado mínimo que busca la protección, sólo de los derechos naturales del individuo, el derecho a la libertad y el derecho a la propiedad, pero esto lo hacen manteniendo o fomentando las condiciones de desigualdad; esas son las bases originarias mismas del libre mercado y, por ende, de los “sistemas de salud en condiciones de mercado”, así como lo es su defensa del sistema capitalista a pesar de sus consecuencias de insolidaridad con el resto de seres del mundo. Peor aún, estas concepciones sobre las que se basa la reforma sectorial, contraponen la equidad a la eficiencia, porque la igualdad representa un obstáculo para el crecimiento económico, según ellos. No obstante, Puyol [42], siguiendo este debate, recoge muchos argumentos contrarios en los cuales se demuestra que una mayor desigualdad lleva a un menor crecimiento económico. Actualmente, es usual hablar de economías emergentes, aún antes con el auge de los denominados “Tigres asiáticos”; en ellas, fundamentalmente, ese crecimiento económico continuo y estable coincide (o se debe) a la reducción de desigualdades sociales (sin que este sea el ejemplo de China, por otras razones).

En todo caso, es una falacia aseverar que la igualdad lleva a ineficiencias (como se infiere de las justificaciones esgrimidas en las reformas en salud). Asimismo, el auto-egoísmo que está en la base explicativa de las teorías expuestas anteriormente (*Public Choice* y otras), también terminaría siendo una falacia [42]: “la falacia, acerca de la naturaleza egoísta de las personas y sus hipotéticas consecuencias negativas para la igualdad y la justicia”.

Estas corrientes “reformistas” de corte neoliberal, se han afincado en el principio de la “racionalidad del *Homo economicus*” (hombre económico), que lleva a la maximización del interés propio, lo contrario sería irracional según esta teoría (base del pensamiento económico dominante). Es el eje del “individualismo metodológico”,

doctrina que se ha entronizado históricamente y ha sido retomada por varias corrientes neoliberales y postmodernista al final del siglo pasado y en el presente. Esta postura podría explicar determinadas relaciones comerciales y de producción de ganancia, pero nunca servirá para ayudar a mejorar las relaciones sociales y el logro del bienestar, de la salud, de la equidad y de la justicia, como sólo el colaboracionismo y la cooperación pueden lograrlo. Puyol concluye este punto de debate [42], advirtiendo que es inapropiado utilizar la naturaleza económica de las personas, para definir cómo debe ser su atención sanitaria en un modelo de sistemas de salud, como en el discutible “modelo en condiciones de mercado” (ni el acceso ni el beneficio se obtienen por esta vía).

Las imperfecciones del mercado y la subsunción del Estado

Desde que Arrow [6] publicara en 1963 su famosa tesis acerca del efecto de la información imperfecta en los mercados, en la revista *American Economic Review*, en la cual conjuga incertidumbre, economía del bienestar y atención médica (servicios de salud), es mucho lo que se ha debatido sobre el tema, pero poco lo que se ha hecho en la práctica sanitaria y en la gestión de los servicios de salud para resolver las tan mencionadas imperfecciones y “fallos del mercado”. Arrow pone de relieve que en salud no existe un mercado perfecto, *por* la falta de mercados eficientes en la atención sanitaria y el aseguramiento, dada la incertidumbre alrededor del evento sanitario y su desenlace.

Así y todo, en los últimos tiempos el mercado prevalece como criterio para la distribución eficiente de los recursos y la fijación de ingresos a cada uno de los ciudadanos. Algunos consideran el mercado como la manera mediante la cual nos apoyamos los unos a los otros para nuestra realización, según lo cual no debe destruirse esa relación de intercambio sino ponerla al servicio de la humanidad y de los intereses sociales [43]. La perversidad del mercado se atribuye más a determinadas formas sociales de la producción, como en el capitalismo avanzado y en el neoliberalismo, cuando priman los mecanismos de explotación. En el neocapitalismo, las formas de desregulación del mercado buscan trasladar las ganancias para los centros de acumulación capitalista. En la interpretación más benévola, el mercado es necesario porque debe resolver los bienes que se van a producir, las formas de producción y el propósito del sistema de producción, así como el uso final de los bienes y servicios.

Paradójicamente, “el libre mercado” lo primero que está negando es la libertad, no garantiza la libertad para vivir de la manera como cada cual lo juzgue conveniente ni la posibilidad de capacidades y habilidades para desempeñarse socialmente. De esta postura se desprende uno de los hechos más concluyentes, a saber: que no

siempre crecimiento económico (defendido a ultranza por las corrientes económicas sustentadas en el libre mercado) conlleva mejores condiciones de vida ni mejor nivel de salud para las poblaciones. Peor aún, cuando la libertad tan pregonada por los apologistas del mercado ya no es posible en nuestros países, como consecuencia de la dependencia internacional, de unos países frente a otros; nuestros mercados ya no los podemos controlar ni tampoco las relaciones macroeconómicas, que son impuestas desde el orden global.

A raíz de la reforma sectorial, tanto “en salud como en economía se supone que el sector financiero es el eje y el motor de todo el sistema (...) todos los actores públicos, administradores o portadores se comportan como actores del mercado” [44]. Las instituciones públicas se ven inmersas en la lógica o racionalidad económica del mercado: autosuficiencia y competitividad, flexibilización laboral, disminución de los costos de la mano de obra, informalidad en el trabajo, afiliación a la seguridad social en manos del trabajador; el mercado distribuye y el Estado regula; la estrategia de focalización incorpora los pobres al mercado; el modelo *per se* consolida derechos contractuales, individuales y poco solidarios que llevan a la generación de exclusiones e inequidades.

El sistema de salud en las condiciones expuestas cae en un reduccionismo contractualista del cual el Estado se convierte en garante: “El estado ya no puede jugar allí un papel distinto al de hacer cumplir lo pactado entre actores del mercado” [44]. El Estado se convierte en el gran defensor del mercado en una simbiosis corporativista con los principales agentes del mercado. Esto no es regulación ni rectoría estatal. El usuario se comporta como un consumidor, como agente racional del mercado, desconoce la prioridad y la solidaridad con el más pobre. El médico incorpora la racionalidad de los costos y la economía, tarea que ahora realizan los gerentes, sin criterio clínico, defienden la relación de insumo/producto, no basada en necesidades de la población; los médicos son reemplazados por los gestores, quienes definen (restringen) la demanda dentro de la modalidad de la “atención gerenciada”. El bien privado o de mercado es la curación, desconoce la información, el cuidado y otros intangibles de la relación interhumana y de la salud pública. No se garantiza el derecho a la salud ni en el subsidio a la demanda ni en el mercado guiado por los mecanismos del pago y los precios o tarifas competitivas.

La inexorable racionalidad económica

Siguiendo este marco general para el análisis de los modelos esbozados podemos hacer un recuento de algunos aspectos y consecuencias importantes [45] de “los sistemas de salud basados en el mercado”: el modelo de mercado genera *per se* otro segmento, los excluidos, sin posibilidad de elección por incapacidad económica; muchas veces las empresas logran mercados cautivos y

recursos asegurados pero no hay consideración de los derechos de los usuarios, no hay competencia entre los actores ni integración entre ellos, se generan nuevos monopolios privados; así las medidas de desregulación del mercado siempre contarán con la oposición de algunos actores perjudicados. En las reformas de los sistemas de salud se incrementaron las necesidades en materia de salud, se generaron mayores expectativas y mayor inequidad. El principal efecto ha sido el encarecimiento y el aumento de los costos de la atención, agregado a la insatisfacción de los usuarios por detrimento de la calidad.

Ante este epítome del mercado en los sistemas de salud y del breviarío analítico anterior conviene mostrar algunas alternativas en el debate: es indudable que el sector público ofrece mayores garantías para el logro de la equidad y la justicia social. En consecuencia, bajo su tutela, la salud entendida como derecho a la vida, sólo se lograría con el acceso completo y universal a los servicios de salud independiente de la capacidad de pago (aunando diversas modalidades de financiación) [30]. De ahí que el Estado deba intervenir para mitigar los problemas de inequidad y aún ineficiencias debidas al mercado. Rodríguez [11] plantea tres formas de intervención: la regulación, los impuestos y los subsidios (atención gratuita). De esta forma, se justifica la financiación social y la provisión pública para enfrentar fallos del mercado que impiden la eficiencia y la equidad.

Pensar en un sistema nacional de aseguramiento no es, en este contexto, ningún desafuero; todos ganarían con la intervención del Estado, para garantizar un seguro universal y obligatorio. Sin embargo, en cuanto a la provisión de servicios, la conclusión de los estudiosos políticos de la economía de la salud parece ser más mesurada, prefiriendo los modelos de provisión mixta (público y privado) frente a los modelos de mercado puro o los modelos completamente públicos [11].

En general, el sector público puede ser complementado por el sector privado, pero la mayoría de las veces, el sector privado no logra sustituir al público, y solo logra establecer una doble cobertura de aseguramiento. “La variable fundamental que determina la segmentación del mercado entre el sector público y el sector privado está dada por el nivel de gasto deseado en cada uno de ellos que lleva a la diferencia de calidad entre ambos sectores” [11]. Esto ha sido válido en modelos tradicionales y en épocas anteriores, pero en el actual contexto neoliberal ambos segmentos han estado permeados por la lógica impuesta por las condiciones de mercado y la calidad de la atención no es un diferencial, sino una consecuencia negativa en ambos casos.

Colombia, en el último intento de “reforma a la reforma”, mediante la ley 1438 de 2011, ha pretendido sin éxito introducir algunos elementos de la lógica de la salud pública (lo público, Atención Primaria en Salud, derecho a la salud, planes decenales de salud, promo-

ción y prevención, redes de servicios, entre otros), pero ha mantenido el núcleo central de las condiciones del mercado, la lógica económica, que logra resumir en “la sostenibilidad fiscal y financiera”, además de la defensa a ultranza de la intermediación. La presencia de un “tercero” ha sido inmodificable, a lo cual viene en auxilio la teoría de la agencia como veíamos antes, con el fin de apoyar el corazón económico del modelo. Si bien desde un principio la teoría de la agencia guió toda la reforma desde el año 1993 hasta hoy, en el año 2013 se profundiza al cambiar la modalidad de la intermediación en los proyectos discutidos en este último año en el parlamento (ley estatutaria y ley ordinaria de salud), pasando de unas EPS que cumplirían una función aseguradora, a las empresas denominadas “gestores de servicios de salud”, un tercero que cumplirá la única función que le quedaba al sector público y a la administración de salud, las tareas organizativas de la salud pública: “operar una red de servicios de salud dentro de un área de gestión sanitaria” y coordinar las acciones de salud pública en esas áreas. La nueva reforma se inventa un novedoso intermediario para cumplir las funciones de la salud pública por delegación del gobierno (relación principal - agente). Este cambio, finalmente, es una profundización del modelo económico y una forma sofisticada de introducir otros mecanismos del mercado con ropaje de salud pública (desde la ley 1438 de 2011 se ha retozado con estas estrategias que logran seducir a algunos incautos).

Ni la clásica teoría de los fallos del mercado ni las limitaciones del Estado logran dar una explicación satisfactoria de lo que ha sucedido en la práctica con estos modelos en discusión. Precisamente Wolf [46] habla de la necesidad de una teoría de los no mercados, aceptando que la teoría de las fallas del mercado está bien establecida en la economía, pero aún falta una teoría que dé cuenta de problemas tales como los costos redundantes, el monopolio, la frecuencia de los factores externos imprevistos, y la burocracia en instituciones no comerciales como fundaciones, universidades y el gobierno.

Conclusión

Sin duda, la “Agenda” del Banco Mundial “para la reforma” de los sistemas de salud, que mencionamos al principio de este artículo, se aplicó sin una contraparte que defendiera los intereses sociales y la participación pública en la mayoría de los países. Podrían resumirse algunos de los mecanismos del mercado impuestos por las oleadas de reforma recientemente en América Latina en: privatización de prestadores y aseguradores, liberalización del mercado, desregulación, la libre escogencia (libertad de elección de consumidores), mecanismos de financiación privada, liberación de precios de medicamentos, entre otros. Se consolidan gracias a ella los sistemas de salud

en condiciones de mercado, asegurando la ganancia para las empresas de salud que compiten en el mercado, pero a costa del equilibrio financiero del sistema y de las instituciones públicas, como ocurrió en Colombia.

La lógica del mercado impera independientemente de nuestra intencionalidad y no es algo nuevo en los servicios de salud, el problema radica en su hegemonía, frente a otras opciones en la asignación de los recursos, como acontece actualmente. Es la racionalidad del mercado, que debe ser contrarrestada por la intervención estatal y la autoridad sanitaria, para establecer los correctivos a las fallas del mercado. Pero, peor aún, tal racionalidad fue agravada por la corrupción del sector privado en connivencia con el público; el último recurso o artimaña ideada para la maximización de la ganancia, como lo demostraron las reformas neoliberales, en las cuales el principio de rentabilidad desmedida parece encontrar en la corrupción su último eslabón.

La conclusión más contundente de este debate es que el sector público debe intervenir el mercado no solo por razones de equidad sino de eficiencia y, en el caso colombiano se demuestra que hasta por razones de corrupción del sector privado; de ahí la propuesta de modular la reforma mediante el aseguramiento universal, el direccionamiento de la financiación y la provisión pública, sin desmedro de la participación de agentes privados que no saquen provecho de la intermediación ni ejerzan un rol dominante en el mercado.

Agradecimientos

A la estrategia de sostenibilidad 2011-2012 del Comité de Investigaciones de la Universidad de Antioquia (CODI) y al Grupo de investigación en políticas públicas y salud - Línea de Salud Global - Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Referencias

- 1 Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: una agenda para la reforma. Bol. Of. Sanit Panam. 1987; 103 (6): 87.
- 2 Ortún, V. La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Euge-Ed; 1990; pp. 71-77 (Capítulo III). Disponible en: http://books.google.com.co/books/about/La_Econom%C3%ADa_en_Sanidad_y_Medicina.html?id=UH2CAAAACA AJ&redir_esc=y
- 3 Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000; pp. 9-10.
- 4 Frenck J, Londoño JL. El costo de no reformar. Cuestión Social 1998; (42): 24-37.
- 5 Editorial. Regulación de las ISAPRES: ¿hacia dónde vamos? Cuadernos Médico sociales (Santiago de Chile) 2013; 53(1): 3-6.

- 6 Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963; 53:941-73. Disponible en: <http://www.aeaweb.org/aer/top20/53.5.941-973.pdf> [consultado 23/09/2013].
- 7 Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. *Revista CEPAL* 2003 agosto; 80: 121-140.
- 8 Diones G, Harrington SE. An introduction to insurance economics. En: Harrington SE (compilador). *Foundations of insurance economics. Readings in economics and finances*. Boston: Kluwer Academic Publishers; 1997.
- 9 Katz JM, Miranda E. Mercado de salud: Morfología, comportamiento y regulación. En: *Revista de la CEPAL* 1994; 54: 7-21.
- 10 Restrepo JH (editor). *Introducción a la economía de la salud en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008; pp. 12-30.
- 11 Rodríguez M. El espacio de los seguros privados en los sistemas sanitarios públicos: marco conceptual y políticas. *Gaceta Sanitaria* 2001 diciembre; 6 (15): 527-537.
- 12 Rodríguez S. Los principales temas de estudio de la economía de la salud. En: Restrepo JH (Editor académico). *Introducción a la economía de la salud en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia. 2008; pp. 87.
- 13 Jiménez de la Jara J. Política y organizaciones de salud en Chile. Reflexiones históricas. *ARS Médica. Revista de estudios médicos y humanitarios (Universidad Católica de Chile)* 2001; 5 (5): [Versión electrónica, consultado 10 03 2011]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/PoliticaOrganizaciones.html>
- 14 Walt G. *Health Policy. An Introduction to Process and Power*, Zed Books, London, 1994.
- 15 Fleury Sonia. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención para la salud en América Latina. En: *Curso internacional del Banco Interamericano de Desarrollo y del INDES*, "Diseño y gerencia de políticas y programas sociales". Washington: IDES; 2002.
- 16 Fleury S. *Reforma del Estado*. Instituto internacional de gobernabilidad (IIG). *Instituciones y desarrollo (Generalitat de Catalunya)*; 2003, noviembre; No. 14 y 15: 81-122.
- 17 Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y políticas de salud (Bogotá)* 2012; 11 (22): 27-41.
- 18 Marín, J. M. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2000 agosto; 8 (1/2): 21-31.
- 19 De Correa Lugo, V. La salud de la caridad al negocio sin pasar por el derecho. En: *PROVEA. La salud está grave*. Santafé de Bogotá, 2000; pp. 256-258.
- 20 República de Colombia. Corte Constitucional Colombiana, sala segunda de revisión. Sentencia No. T-760. Bogotá: La Corte; 2008.
- 21 Oszlak, Oscar: Estado y sociedad: ¿nuevas reglas de juego? *Reforma y Democracia (CLAD, Caracas)* 1997; No. 9, 10. C
- 22 Organización Panamericana de la Salud. Las funciones esenciales de la salud pública. En: *Salud Pública en las Américas*; 2000. Capítulo 6.
- 23 Hernández, M. El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Cubana Salud Pública* 2003; 29 (3): 228-35.
- 24 Giraldo JC. Alternativas y equilibrio de la ACHC. En: *ACHC. Revista Hospitalaria (Bogotá- Colombia)*; 2010.
- 25 Banco Interamericano de Desarrollo. *Proceso económico y social en América Latina. Informe 1996. ¿Cómo organizar con éxito los servicios sociales?* Washington D.C: BID; 1996.
- 26 Enthoven A. The history and principles of managed competition. *Health affairs* 1993; 13: 24-48.
- 27 Miranda E. Evaluación de la experiencia chilena con las ISAPRES. En: Virgolinim, González G. *Tendencias económicas de los sistemas de salud en el mundo*. Buenos Aires: AESA, 1993.
- 28 Franco Á. Sistemas previsionales, salud y reformas en América Latina. *Revista Salud Pública*, noviembre 2001; 3 (3): 223 -244.
- 29 Giordano O, Colina J. Economía política de las reformas. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000; pp. 49-69.
- 30 Restrepo JH. Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal de salud. *Observatorio de la seguridad social (Universidad de Antioquia- Facultad de Economía, Medellín)* 2012, No. 25: 1-16.
- 31 Ruíz, F. Mercados y sistemas de salud en Colombia. *Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. Policy Paper 8. Friederich Ebert Stiftung en Colombia (FESCOL)*. 2013 ENERO. Disponible en: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/kolumbien/09582-20130201.pdf>
- 32 Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington DC: BID; 2000.
- 33 Bascolo E. Cambios de los mercados de servicios de salud en la seguridad social en Argentina. En *CEPAL/ Naciones Unidas. Serie Financiamiento del desarrollo* 206. Santiago de Chile; 2008, diciembre. Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/5/35135/lcl2991-p.pdf>.
- 34 Castaño R A. Libertad de elección y mercados imperfectos. *Vía Salud (Bogotá)* 2001; 16: 26 - 30
- 35 Robinson JC. Blended payment methods in physician organizations under managed care. *JAMA* 1999; 282 (13): 1258-1263.
- 36 Cherchiglia ML. Sistemas de pago y práctica médica: Teoría y evidencia empíricas. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2002.
- 37 World Health Organization. *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala.* 2001; 104 pág. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2958s/4.1.1.html>
- 38 Oyarzo Mansilla C. La organización del sistema de salud chileno y las barreras a la competencia. *ARS Médica (Universidad Católica de Chile)*; 5 (5). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica5/organizacionsistema.html>
- 39 Franco-Giraldo A. Otra vez a reformar: ¿y la academia qué? En: *Periódico el Pulso* 2010.
- 40 República de Colombia. Gobierno Nacional. Senado de la República. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El gobierno; 19 de enero de 2011.
- 41 Nozick, R. Anarquía, Estado y utopía. México: Fondo cultura económica, 1988 (1.974 original). Citado por Puyol A. *Teorías de las desigualdades*. Barcelona: Editorial crítica; 2001; pp. 19.
- 42 Puyol A. *Teorías de las desigualdades*. Barcelona: Editorial Crítica; 2001; pp. 76, 84, 272.

- 43 Llantén M. Economía de mercado. Interrogantes éticos para una acción solidaria. En: Revista Javeriana No. 633. Bogotá; 1999.
- 44 Hernández M. El derecho a la seguridad social en Colombia, obstáculos estructurales para su realización. En: PROVEA. La salud está grave. Bogotá: Ediciones Artropos; 2000; pp. 152.
- 45 Cifuentes M. El proceso de reforma del sector salud. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID, Centro de Estudios, Salud y Futuro; 2000; pp. 49-69.
- 46 Wolf JR. Markets or governments: choosing between imperfect alternatives (2a. ed.). Cambridge, Ma: Mit Press; 1993. Disponible en: http://books.google.com/bz/books/about/Markets_or_governments.html?id=nRPYOUTcB-4C (consultado diciembre 3 de 2011).