

CAPÍTULO 1

El pluralismo estructurado: un fracaso parcial

El sobrediagnóstico ha escondido el verdadero problema

Desde su nacimiento, el sistema de salud ha enfrentado un intenso debate promovido desde las orillas ideológicas de la geopolítica imperante, mezcladas con la política doméstica, como punto dentro de las agendas sociales de un sinnúmero de personalidades electorales.

Como lo dijimos en la introducción, abundan los diagnósticos sobre los problemas superficiales del sistema de salud colombiano. Los más graves de ellos: su sostenibilidad fiscal a largo plazo, la cartera hospitalaria y de las aseguradoras, el pobre rendimiento en algunos aspectos de la calidad en salud, los hechos de corrupción, las limitaciones de la vigilancia y control, y la desaparición progresiva de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre otros.

En este libro no pretendo reforzar dichos diagnósticos por tres razones. La primera es que este texto se sitúa desde un marco analítico distinto, surgido del nicho académico de entendimiento del diseño propio del sistema de salud y el pluralismo estructurado. Mi propia curiosidad por esta historia tan relevante me llevó a discernir sobre su evolución y las fallas de mercado que han desdibujado la aplicación a lo largo de estos años. En segundo lugar, existen múltiples diagnósticos en este sentido, por lo cual una reseña a los mismos sería suficiente. Ahora bien, no pretendo desvirtuar el valor, tanto académico como técnico, de dichos ejercicios, pues muchos de ellos representan enormes esfuerzos y son muy rigurosos desde el punto de vista de su método, solo que su perspectiva de análisis es distinta.

La tercera razón es que se ha dejado entrever previamente las soluciones basadas en diagnósticos de elementos más superficiales de la problemática del sistema, las que han llevado en algunas ocasiones a introducir, de manera involuntaria, aún más fallas al diseño original, su mercado y competencia. Esto hace que cada vez más que la composición del sistema sea más complicada y su desempeño más difícil de proyectar y orientar.

En otras palabras, los diagnósticos enfocados en los problemas más superficiales y segmentados han contribuido a agudizar la problemática estructural del sistema de salud y, como efecto secundario, a generar un *statu quo* para ciertos grupos de personas basado en la narrativa pesimista de estos problemas, sin propuestas claras, estructurales y responsables de solución.

Hilando un poco más fino, mucho se ha escrito sobre la falla en los incentivos entre los agentes que componen el sistema de salud, que evita que dichos agentes aboguen por mayores estándares de calidad y terminen interponiendo barreras de acceso en búsqueda de mejores rendimientos financieros.

Algunos académicos y expertos han intentado determinar las causas de esta ausencia de incentivos (o existencia de incentivos perversos) culpando a la denominada *mercantilización* de la salud, la cual se alimenta de la operación de intermediarios en la gestión del riesgo en salud: las empresas promotoras de salud (EPS). Más aún, gran cantidad de las reformas al sistema de salud en estos treinta años le han apuntado a regular de manera más inflexible el margen de acción de las EPS. Y aunque la evidencia empírica ha demostrado que dicha *mercantilización* es, al menos en alguna medida, cierta y que es un hecho relativamente nuclear en la arquitectura del sistema mismo, el problema no está bien situado como lo expondremos en detalle en este libro.

Luego de mucho analizarlo, pero sobre todo de entender la problemática del sistema de salud colombiano desde una lógica de su diseño, he concluido que su problema es en gran parte conceptual y tiene que ver con los fundamentos sobre los que se cimentó el modelo de seguridad social en salud (modelo teórico o estructural) y no el modelo de atención (modelo de gestión) *per se*. Sin embargo,

sobre este último se ha enfocado toda la política pública reciente del sistema de salud. Es por eso que, a pesar de los ingentes esfuerzos por reformarlo, al no abordar el problema primario, no se ha podido superar la crisis financiera y de legitimidad que el sistema afronta¹.

Por otro lado, aprovechando ciertos enfoques doctrinarios, algunos de los diagnósticos señalados han tratado de profundizar en los elementos del diseño original, pero se han desviado en su naturaleza objetiva pues se han desarrollado a partir de narrativas que juzgan la existencia de un mercado en salud como algo equívoco o incluso malvado. Si bien es cierto que las prácticas mercantilistas, donde la maximización de los intereses económicos de particulares en detrimento de los objetivos de las personas y usuarios del sistema de salud, son totalmente reprochables y existen en el sistema, no son el origen de los problemas. Son solo una mera expresión.

El mercado en salud es una realidad del mundo posmoderno y aunque su orientación tiene fuertes retos, igualmente ha traído grandes aportes al bienestar de millones y millones de personas. Aún sistemas totalmente nacionales, con estructuras públicas de provisión de servicios, presentan y lidian con un mercado en salud, porque este hace parte de la arquitectura económica global. Mercado que se manifiesta en la comercialización de productos farmacéuticos, tecnología en salud, pago de salarios y formación continua en la era de la medicina subespecializada, entre otros.

Por ello, la propuesta de una tercera vía de reforma de este texto también abarca una tercera vía analítica, desmitificando las visiones doctrinarias de un mercado en el marco de un derecho humano y fundamental como es la salud. La tercera vía, desde el estudio de las fallas de mercado que veremos adelante, no cuestiona filosóficamente su existencia, pues lo reconoce de manera pragmática, en el mundo globalizado de hoy. Una discusión en otro sentido implicaría soslayar lo evidente o entrar en los terrenos del modelo económico

1 A pesar de que el gobierno del presidente Iván Duque implementó para el sistema de salud la política fiscal de depuración de la deuda histórica que traía, todavía no existen estudios rigurosos sobre el impacto real de esta política y la cartera del sistema de salud ha mostrado nuevamente signos de incremento.

mundial, lo cual escapa con creces a la pretensión y alcance de una reforma viable de nuestro sistema de salud.

Entrando pues en materia, el modelo teórico sobre el que se soporta el Sistema General de Seguridad Social en Salud es el del pluralismo estructurado (PE). Este modelo, como es bien sabido, es fruto de cierto destello de genialidad de Juan Luis Londoño y Julio Frenk, y para bien o para mal, ha permeado la vida de todos los colombianos desde hace casi tres décadas. Prácticamente una generación ha nacido bajo este sistema de salud, ha crecido en él y ha interactuado con este de alguna u otra forma. Más aún, el sistema de salud en Colombia es parte del imaginario colectivo, incluso cuando, irónicamente, carece de identidad propia, algo sobre lo que volveremos en el capítulo 3.

El pluralismo estructurado también es producto de una época, de una coyuntura histórica en las políticas públicas del mundo y de un contexto social latinoamericano y colombiano. Sus orígenes vienen de la concepción moderna de los Estados de bienestar, con programas de seguridad social que buscaban la protección de las personas “de la cuna a la tumba”. De ahí su primera denominación por la Ley 100 de 1993 como Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Esto es evidente al no conformarse un sistema de naturaleza privada, que garantice las condiciones individuales de cada persona, en contraste con lo que ocurre en países como los Estados Unidos de América. Allí, el Estado de bienestar de posguerra no fue tan determinante debido a que la situación política y económica de la sociedad de la segunda mitad del siglo XX permitió una amplia expansión de sus condiciones de calidad de vida —con bolsillos de inequidad—, que matizaron la necesidad de mayor intervención del Estado.

Ahora, sin duda, la construcción del SGSSS fue teñida, fuertemente, por la corriente de pensamiento neoliberal que reducía la intervención del Estado en la sociedad y la disminución de su infraestructura y función administrativa, sobre todo en lo relacionado con su oferta y protección social. Adicionalmente, este modelo también responde a la transformación de las políticas de desarrollo latinoamericanas. Estas necesitaban con urgencia superar las consecuencias

de la deuda pública generada por la industrialización por sustitución de importaciones, mediante un nuevo enfoque que preponderara las bondades del mercado como generador de prosperidad.

Por otro lado, el pluralismo estructurado nació en un momento muy particular (y difícil) de la historia colombiana, cuando por la incapacidad institucional y la profunda destrucción del tejido social, Colombia inició una reconstrucción del Estado. Partió de la promulgación de una nueva Constitución Política, pero se expandió a prácticamente todos los órdenes y niveles del gobierno y la sociedad misma, lo que catalizó una agenda reformista sin muchos precedentes recientes.

Finalmente, y lo que es más importante, el pluralismo estructurado que nació en medio de ese contexto político y social tenía la determinación de combatir: la profunda desigualdad en el acceso a servicios de salud por parte de los colombianos, la inequitativa distribución de los subsidios públicos, la ausencia de una estructura estatal con alcance universal que pudiera responder ante los retos de salud de las personas en todo el territorio nacional y la necesidad de alternativas innovadoras para la época. Todo lo anterior debido a las limitaciones presupuestales e institucionales de la Colombia de principios de los años noventa.

Tan solo vale la pena recordar que bajo el anterior esquema de salud —no podría denominarlo sistema—, el 90 % de los subsidios a la oferta terminaban en el 10 % de las personas con mayor ingreso. Esta situación, inaceptable, requería de una construcción nueva de un sistema de salud que corrigiera esta injusticia social, en búsqueda de la universalidad de la atención. Como ha de ser cuestionado por Londoño y Frenk, una meta tan ambiciosa para un país con tantas fragilidades institucionales y fiscales debía abordarse con fórmulas innovadoras e ingeniosas, y fue precisamente lo que hicieron.

Sintéticamente, como su nombre lo indica, este modelo involucra una serie de actores no uniformes (plurales), bajo una estructura única (regulados). De manera innovadora, esta fórmula buscó limitar la capacidad administrativa y de gestión directa del Estado (recogiendo los mandatos neoliberales). No obstante, también le otorgó una función reguladora sobre todo el sistema de salud. A esta fun-

ción se le categorizó como *modulación*, pues al no tener incidencia directa sobre la operación de los agentes (modelo de gestión), intenta más bien perfilar su accionar a través de instrumentos normativos y de política pública.

Por otro lado, se introdujo a unos agentes administradores del riesgo dentro de una categoría de *gestión integral, coordinación y articulación*, y se le otorgó a las nacientes aseguradoras funciones de interlocución con todo el resto de agentes. Finalmente, las funciones de provisión de servicios de salud, a cargo de las clínicas y hospitales, se agruparon en los prestadores, y el financiamiento general del paquete de beneficios quedó en manos del Gobierno mediante un entramado de diversas fuentes de ingresos y flujos financieros.

La materia oscura del universo del sistema de salud

Como hemos visto hasta ahora, tanto los diagnósticos de expertos como las reformas al sistema se han centrado en los últimos años en corregir aspectos de la intrincada arquitectura de gestión del SGSSS, pero no han buscado llegar a sus orígenes.

Existe un elemento conceptual oculto en el núcleo de dicha arquitectura. Metafóricamente, se podría decir que este elemento es al sistema de salud lo que la materia oscura al universo. Esta última fue indetectable durante muchos años, incluso difícil de predecir en modelos matemáticos, pero ha terminado por ser el 80 % de la materia del universo mismo y podría ser el elemento secreto que defina también su final.

Pues bien, ¿de qué estamos hablando, entonces, si no se trata de la arquitectura de los componentes del sistema de salud que vimos en la sección pasada (*modulación, gestión y provisión*)? Efectivamente, al igual que nuestro ejemplo de la materia oscura, este elemento permea —y juega un papel en su cohesión— a todo el sistema de salud y además determina su funcionamiento, aunque permanece oculto debido a su característica etérea, pero trascendentalmente poderosa.

¿Qué tiene la capacidad de penetrar a lo largo de agentes tan diferentes del sistema de salud y, al mismo tiempo, no ser fácilmente

identificable? La respuesta es el *mercado en salud* y, como lo explicaremos ahora, *la competencia como motor catalizador de ese mercado*. En sí mismo, el mercado en salud es una realidad ineludible, como lo comentamos previamente. Erróneamente se tiende a pensar que los sistemas nacionales de salud (donde el Estado asume las funciones de gestión del riesgo y provisión de servicios) no tienen un mercado en salud, pero allí existen transacciones que involucran a privados, y fuerzas e incentivos que provocan fluctuaciones en los precios, lo que hace necesario recurrir a negociaciones. No obstante existe una mínima competencia, lo que es un elemento decisivo para que esos mercados se comporten de manera distinta.

Por ejemplo, en los sistemas nacionales existe una fuerza laboral que tiene diversas condiciones que hacen variar su costo (por ejemplo, el nivel de formación o experticia de los profesionales de la salud) de manera dinámica. Esto introduce leyes de mercado como la demanda versus la oferta, la asimetría de información de los clientes (el Estado) y el comportamiento humano (las motivaciones del servidor público que lidera la adquisición del bien), entre otras.

Volviendo al caso colombiano, el pluralismo estructurado se sustentó —acertadamente— en el hecho de la existencia de este mercado; sin embargo, su diseño cometió un error conceptual fundamental: suponer características de *mercado perfecto*. En los mercados perfectos, los consumidores tienen abundante información sobre la oferta de servicios y los vendedores (oferentes), lo que permite una maximización de la demanda y la oferta, y por consiguiente ejerce un efecto sobre los precios. Ahora bien, lo anterior implica un fenómeno propio de estos mercados, la competencia. La competencia es el carburante de estos mercados, es su esencia y los define, pero es también consecuencia de ellos mismos. Se compete por clientes, por ventas, por capturar el mercado. En resumen, se pueden rescatar tres elementos claves: (1) información, (2) precios y, como resultado, (3) competencia.

Para Londoño y Frenk, en el pluralismo estructurado:

.....
Existe pues un sistema competitivo en el nivel de las aseguradoras, por una parte, y en el nivel de los prestadores, por otra. Las aseguradoras (EPS), delimitadas entre un ingreso per cápita predefinido por el CNSSS y un Paquete Obligatorio de Salud, deben competir en términos de eficiencia, a fin de reducir sus costos de operación, y en términos de calidad, a fin de atraer y retener afiliados (p. XX).
.....

En consecuencia, el pluralismo estructurado introdujo la competencia en el centro del modelo —como motor catalizador del mercado— y a partir de allí se diseñó toda su arquitectura. Una vez más, haciendo uso de nuestra analogía, *la competencia se constituyó en la materia oscura del universo del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, y es un elemento proveniente del propio Big Bang de los mercados perfectos.

Al introducir la competencia como eje del sistema de salud, el pluralismo estructurado asumió que las leyes de los mercados perfectos harían lo propio y esto maximizaría el uso de los recursos del sistema mismo. En palabras sencillas, las aseguradoras competirían entre sí siendo muy eficientes, habría abundante información para los usuarios (clientes), quienes elegirían (consumirían) a aquellas más eficientes y con mejores resultados, y todo esto abarataría los costos (gasto en salud).

Por supuesto, la historia ha terminado siendo muy diferente, lo que no quiere decir que no se hayan alcanzado los objetivos planteados desde la política pública: cobertura universal, mejores resultados en salud poblacionales y mayor equidad en salud.

El sistema de salud colombiano, efectivamente, ha logrado la cobertura universal. El país presenta una mejora progresiva en la mayoría de los indicadores de salud pública y, sin duda alguna, el sistema de salud es uno de los componentes (sino el más) que mayormente le ha aportado a la equidad social a este país.

No obstante, los objetivos intermedios de eficiencia y calidad no se han conseguido con la expectativa inicial. Esto ha creado la paradoja en la que estamos actualmente: un sistema de salud competente de manera general, pero con problemas estructurales que amenazan constantemente la confianza de la población en él y su supervivencia a mediano y largo plazo. Esto es como un jugador de fútbol de alto rendimiento, el cual tiene una cardiopatía congénita no detectada y que se exige cada vez más, obteniendo buenos resultados para su equipo, pero con un destino poco alentador por delante.

Así pues, volviendo a nuestro elemento nuclear del problema, ¿qué clase de competencia se introdujo en el sistema de salud? La respuesta es, desafortunadamente, una con profundas fallas y limitaciones.

Por un lado, el paquete de beneficios (producto) es el mismo para todas las aseguradoras: inicialmente, uno para el régimen subsidiado y otro para el contributivo, pero desde 2008, mediante sentencia de la Corte Constitucional, y 2015, por Ley Estatutaria de la República, un solo paquete para ambos regímenes. Esto impide que se compita ofreciendo un *producto* más atractivo. Por el otro, el financiamiento general del sistema se hace desde el Gobierno a través de un esquema de presupuestos prospectivos para toda la población (capitación), lo que también impide la competencia por mejores precios. En palabras sencillas, los ciudadanos terminan aportando para la seguridad social un porcentaje igualitario, por la vía de contribuciones de sus ingresos o los impuestos generales, y no existe una competencia entre las aseguradoras por otorgar diferentes servicios de salud a un “precio mejor”.

Un tercer elemento obviado, pero intrínseco en salud, lo comprende la información de los consumidores, en este caso, los usuarios del sistema de salud. Existe una profunda asimetría de información entre los consumidores y los demás agentes. Mientras que en la vida diaria una persona puede comparar (y ver) tres o cuatro características de un producto determinado —por ejemplo, un televisor, siendo en la mayoría de los casos la relación tamaño y calidad de la imagen proyectada versus el precio de estos equipos la más importante para tomar una decisión, y así maximizar su compra—, en

salud esto es virtualmente imposible, en parte porque se trata de un servicio (ciencia) que no es de resultado sino de proceso. Por ejemplo, ¿cómo comparar la experticia de los cientos de cirujanos que contratan con una aseguradora?, sobre todo cuando gran parte de ellos contratan con otras también. O, ¿cómo entender los resultados en salud de una aseguradora frente a otra, cuando de por medio están tantas variables como las características de la población que se afilian, lo que hace extremadamente complejo este tipo de análisis? Volveremos sobre esto en el último capítulo.

Existe un ingrediente adicional en los mercados perfectos, esto es que hay una gran cantidad de compradores y vendedores. Es por eso que uno de los mandatos fundamentales de los reguladores de los mercados es evitar los mono o los oligopolios, de tal manera que se prevenga su falla. En Colombia existen poco más de 40 aseguradoras para cerca de 50 millones de personas, y de manera más preocupante aun, en más del 60 % de los municipios solo hay un único prestador de salud para varias aseguradoras. En resumen, en múltiples niveles y nichos hay claras condiciones mono y oligopólicas que impiden, lógicamente, la competencia y crean fallas de mercado severas.

Paradójicamente, en los últimos años ha habido un esfuerzo por depurar más el número de aseguradoras, basado en sus evidentes incapacidades de gestión del riesgo de los usuarios. Esto es acertado desde el punto de vista de garantía del derecho a la salud; sin embargo, la consecuencia irónica es que hace que el maltrecho mercado falle aún más por concentración de la oferta del bien.

Consecuentemente, basado en *legítimas* y buenas intenciones, y por factores externos incontrolables, estas fallas del mercado se han ocasionado y han producido tres paradojas, formando un círculo vicioso que, de paso, ha nublado, aún más, el análisis y abordaje del problema original por parte de los hacedores de política pública, a saber: (1) la paradoja de la competencia por ausencia de información, (2) la paradoja del precio final de salud y (3) la paradoja del mercado imperfecto.

La paradoja de la competencia por la ausencia de información

Constantemente recibo llamadas telefónicas de entidades bancarias ofreciéndome productos novedosos, mejores tasas de financiación e, incluso, algunas de ellas se han mostrado dispuestas a visitarme en cualquier lugar donde me encuentre para discutir personalmente tales ofertas. Desafortunadamente jamás he visto un caso cercanamente parecido en el aseguramiento en salud. Más aún, hace poco más de dos años intenté un proceso de afiliación a una EPS, lo que implicó un trámite presencial que además de haber sido dispendioso en tiempo y en la logística de desplazamiento, resultó infructuoso.

Cada año, más de 600.000 afiliados realizan trámites de traslado de aseguradora. En muchos casos esto no es debido a preferencias en su elección y mucho menos a una elección informada, sino a cambios en sus regímenes de afiliación —es decir, del régimen subsidiado al contributivo y viceversa— y a cambios en su condición laboral o de empleador, entre otros. En síntesis, al explorar el fenómeno en detalle, estos cambios no se dan en su gran mayoría por la motivación de un cliente de adquirir un bien mejor o superior en ciertos criterios, sino por inercia ante otra situación externa. ¿Se imaginan que esto sucediera en otros escenarios de mercado, por ejemplo, la venta de vehículos? Prácticamente desaparecerían los concesionarios, los vendedores, la publicidad relacionada, etcétera.

Esto es un aspecto tan significativo del sistema de salud colombiano y un reflejo del profundo fallo del mercado en salud y la competencia, que en la última encuesta de percepción de los usuarios del sistema de salud, contratada por la oficina que dirigí, más del 50 % de los usuarios ha pensado cambiarse de su EPS por considerar que los trámites son engorrosos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Como respuesta, el Gobierno intentó solucionar el problema mediante la expedición de una resolución que implementa un Sistema de Afiliación Transaccional. Sin embargo, este es un ejemplo característico de cómo se aborda un problema que es tan solo el resultado

de las fallas de mercado (por el hecho de asumirlo como perfecto) y no la causa original.

En un mercado perfecto, la información para los compradores es clave para lograr capturarlos, sobre todo a partir de los descubrimientos sobre la racionalidad limitada desde la escuela de la economía conductual. A través del suministro masivo de información se intenta influenciar las elecciones racionales y no-racionales de los posibles compradores mediante estrategias de comunicación innovadoras y cada vez más sofisticadas. Por ejemplo, en la era actual de la información, cada vez es menos sorprendente que nos aparezcan mensajes publicitarios en nuestras redes sociales de bienes y servicios que hemos estado consultando en internet o, incluso, hablado en conversaciones desprevénidas de nuestra vida cotidiana.

No obstante, como hemos estado observando, dado la existencia de esta paradoja de información, el flujo de esta hacia el usuario es prácticamente nulo.

Y, ¿cómo se consolida la paradoja? Entre menos información se le provee y tiene el usuario del sistema de salud por parte de sus agentes, se crean más mecanismos gubernamentales de acceso a la misma que desincentivan la competencia (e innovación) por estos (principalmente aseguradores). Esto, a su vez, ha derivado en aun menor información para el usuario, debido a los múltiples factores que rodean la baja utilización de los canales oficiales gubernamentales para estos propósitos.

Pero, ¿por qué no se provee de información útil al usuario? La respuesta es tremendamente compleja; sin embargo, en parte, se puede entender por la adaptación del sistema de salud como conjunto para incentivar mediante “el silencio” el acceso a servicios de mayor complejidad, hacia los cuales se han derivado prácticas de auditoría exhaustivas, que también han fomentado eficiencias en la prestación de los servicios clínicos. En otras palabras, el silencio del sistema ha creado una dinámica en donde los usuarios han encontrado rutas alternas de atención en los niveles de mayor complejidad clínica, en donde ellos ganan mayores eficiencias, y el sistema, complacido, logra mejores resultados financieros por el mayor costo

asociado a estos niveles y el mejor flujo de los recursos en la cadena de valor.

Se configuró, pues, un contubernio entre rutas cortas y rápidas de parte de los usuarios y ganancias financieras de parte de los agentes, en detrimento de la eficiencia general del sistema de salud, su sostenibilidad financiera e, irónicamente, promoviendo aún más la deslegitimización que sobre el recaer.

Nótese que en esta triste narración, todos resultan victimarios y víctimas.

Ahora, como ya mencionamos, existen brechas de información (información asimétrica) difícilmente salvables dada la naturaleza del sector salud. Esto hace que, de forma consustancial, el mercado en salud difícilmente logre reunir las características de uno perfecto, y como resultado, destruye la intención original de lograr una competencia.

En otros niveles de relacionamiento, también existen asimetrías de información en los nichos de mercado donde se presentan mono u oligopolios. En dichas condiciones, el poder desigual de negociación incentiva que una de las partes conserve para sí mismo cierta información, que de liberarse afectaría su posición. Esto, con el objetivo de obtener mejores condiciones contractuales.

Uno de los factores que más ha generado fallas de mercado es la poca diferenciación entre las aseguradoras (y de cierta manera, en los prestadores como veremos en el último capítulo), pues comparten el mismo paquete de beneficios, al igual que, en muchas ocasiones, gran parte de sus prestadores e incluso proveedores, así como la prima de contribución. En consecuencia, no existe realmente información de fácil comprensión para el usuario que agregue un verdadero valor para capturar al usuario. En definitiva, no se puede informar (publicitar) un mejor paquete de servicios, una mejor red o un mejor precio por servicio, porque al final prácticamente todos estos elementos son iguales para los competidores, y aquellos en donde hay verdaderas diferencias (como los resultados en salud) son muy complejos de demostrar e informar, como lo comentarnos previamente.

Esta es una de las mayores diferencias con mercados perfectos, en donde la información a los compradores se refiere al valor agregado que tienen los productos o servicios.

En resumen, las fallas del mercado en salud, inherentes a sí mismo, dieron como resultado que nunca surgiera una verdadera competencia que incentivara la entrega de información masiva a los posibles usuarios para capturarlos, como ocurre normalmente en los mercados (a tal punto que en el mundo se está regulando lo que se denomina “contaminación mediática”). Por el contrario, terminó dándose una competencia por lograr, de manera eficiente, la ausencia de información útil, debido a que:

- Este fenómeno beneficia el desplazamiento de los usuarios a servicios clínicos donde existen mayores eficiencias en el sistema y extracción de rentas.
- Los nichos en donde existe un comportamiento mono u oligopólico inherentemente tienen la característica de contener la liberación de información para beneficio en la negociación para una de las partes.
- No existe información de valor adicional y fácilmente comprensible para capturar a los usuarios, lo que involucra también ausencia de estrategias y mecanismos para ello.

Como bien lo ha estudiado el Premio Nobel de Economía Joseph Stiglitz , hay fallos de mercado producto de las asimetrías de la información y esto, a su vez, genera reacciones nefastas en los precios (nuestra siguiente paradoja). Esto habla del rol preponderante de la información dentro de los mercados y su competencia intrínseca.

La paradoja del precio

De acuerdo con la ley de la oferta y la demanda, cuando la oferta excede la demanda, disminuye el precio. Cada año, el sistema de salud presta más de 600 millones de servicios de salud, existe la expansión de la red de prestadores de alta complejidad en varias ciudades del país y se forman gran cantidad de profesionales en salud, lo que constituye un número muy importante de transacciones y productos

ofertados y provistos, por lo que uno esperaría que hubiera alguna acción de esta ley del mercado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por otro lado, debido a su comportamiento y composición, el mercado en salud en Colombia está dividido en dos nichos: los de atención de menor y mayor complejidad. Por su parte, la ley de la oferta y la demanda actúa principalmente en las transacciones presentes entre aseguradoras y prestadores, sobre todo en el nicho de mayor complejidad, porque allí las fallas de mercado son menos profundas y las variantes contractuales entre las partes más diversas, como resultado de toda la dinámica de generación de eficiencias que hemos mencionado.

Hablando de cifras, en los últimos años ha habido un aumento sostenido del gasto en salud (figura 1), mientras que, al mismo tiempo, la cobertura universal se ha mantenido constante. En consecuencia, no se evidencia que exista un efecto claro de un aumento en la frecuencia de utilización de servicios (demanda) como respuesta a una disminución teórica del precio. Es decir, los colombianos no han utilizado más el sistema de salud porque cueste menos.

Como resultado, el incremento del gasto en salud está explicando muy posiblemente por el aumento de la demanda de servicios, en general, y con mayor foco en aquellos de más complejidad, observado especialmente en el crecimiento de servicios de segunda y tercera líneas terapéuticas, no financiados por la unidad de pago por capitalización (UPC), que se han triplicado en los últimos 10 años.

Figura 1. Dinámica del gasto en salud (2004-2014)

Gráfica 1. Dinámica del gasto en salud. Colombia 2004 – 2014



Fuente: Bardey & Buitrago (2017).

Vale la pena decir en este punto que, según el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) del el Ministerio de Salud y Protección Social, en Colombia operan cerca de 11.000 prestadores, excluyendo a los profesionales independientes, lo que es una cifra muy notable, considerando que solo existen 1.122 municipios. De otra parte, aunque el país tiene alrededor de 1,5 camas por cada 1.000 habitantes según las últimas estimaciones disponibles por el Banco Mundial (s. f.), lo que denota un déficit en su capacidad hospitalaria, esto es una oferta reducida, pues esta tasa es una medida agregada, por lo que, nuevamente, nos enfrentamos a nichos distintos de mercado: no es lo mismo hablar de ciudades como Bogotá y Medellín, que de departamentos enteros como Vaupés o Casanare. En otras palabras, en las grandes ciudades existe una gran oferta de servicios que se ve copada y a veces sobrepasada por suplir la carencia de esta en las zonas apartadas. Todo esto se acentuó con la reciente pandemia del COVID-19, donde el sistema de salud duplicó su capacidad de cuidado crítico y expandió su capacidad hospitalaria

general. Lo importante aquí es que, dado que las principales ciudades del país movilizan prácticamente la totalidad de las atenciones de mayor complejidad, entonces, siguiendo con el argumento que hemos venido desarrollando, en ellas se explica el aumento general del gasto en salud también.

Nuevamente, de manera sintética y un tanto simplificada, el aumento en la oferta no ha producido un decrecimiento en los precios (medido en gasto), lo que se podría argumentar que es el resultado de un aumento igualmente grande en la demanda. No obstante, ¿tiene sentido un aumento de la demanda tan rápido, si las condiciones de cobertura universal se mantienen y las características poblacionales y epidemiológicas (excluyendo fenómenos como la pandemia del COVID-19, desastres naturales, guerras, etc.) no presentan cambios bruscos en el tiempo? La respuesta es “no”.

Nótese que es esperado que exista un aumento del gasto en salud en cualquier sistema de salud por el desarrollo de nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población. Sin embargo, el aumento que presenta Colombia va mucho más allá de estas condiciones y termina obedeciendo a la paradoja del precio, que consiste en que, según las leyes del mercado, dada la gran cantidad de servicios de salud que el país presta cada año (oferta), uno supondría que el gasto en salud (el precio de la salud de todo el país) no tuviera un aumento tan importante, o incluso que lograra estabilizarse. Pero ha sucedido lo contrario, debido al desplazamiento generalizado de la utilización de servicios de menor complejidad (menos costosos) hacia los de mayor complejidad (más costosos) por las fallas del mercado.

Lo que ha venido ocurriendo en los últimos años, más bien, es que el usuario demanda servicios de salud de manera constante, pero estos pueden ser, en una gran cantidad de los casos, de baja complejidad si se hace adecuada gestión de su riesgo. No obstante, ante esta paradoja, se ha incrementado la oferta de servicios de mayor complejidad y la demanda de los primeros se ha desplazado a estos últimos, con un aumento del gasto como consecuencia. La oferta aumentó y los precios aumentaron, lo que contradice la ley básica de la oferta y la demanda.

Hay que mencionar que estas paradojas se intersectan y potencian entre sí. Recordemos cómo en la anterior paradoja de la información veíamos que una de las consecuencias (y orígenes) era, precisamente, la mayor utilización de los servicios de alta complejidad.

Ahora bien, por supuesto que esto tiene directa relación con la existencia de un tercer pagador, el financiador de todo el sistema, que es el Gobierno central. Justamente esta situación denota una existencia de una falla de mercado embrionaria que refuerza el argumento esencial de este libro.

Algunos podrían argumentar que esta situación obedece a circunstancias distintas a las del fallo de mercado (y competencia). Por ejemplo, el fenómeno de la judicialización de la salud, lo cual, como se ha venido exponiendo, aunque es cierto, no es el diagnóstico del origen del problema. Al no cumplirse la ley de la oferta y la demanda, estando este fenómeno oculto en el seno del modelo conceptual del sistema de salud con el subsecuente fallo de mercado, se ha desincentivado el uso de servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y tratamiento de menor complejidad.

La paradoja de la competencia

Como hemos estudiado hasta ahora, la ausencia de varios elementos propios de los mercados perfectos sentenció el comportamiento del sistema de salud desde su diseño. Un elemento central en los mercados perfectos es la competencia entre sus agentes vendedores, pues estimula las transacciones, su propia sostenibilidad y crecimiento y el acceso de los compradores tanto al mercado mismo como a los productos.

Erróneamente se asumió que con las leyes y los elementos de un mercado perfecto, las aseguradoras y los prestadores de salud competirían por eficiencia y calidad. Efectivamente ha habido algún tipo de competencia, sin embargo esta no ha sido necesariamente por una mejora de los servicios entregados al usuario. El origen y resultado esta competencia en el sistema de salud colombiano han sido las paradojas estudiadas; es decir, la escasa competencia no ha generado una disminución de los precios, reflejada de manera agre-

gada en el gasto en salud, y tampoco ha contribuido a reducir las asimetrías de información.

De esta manera, el *pecado original* fue concebir que el mercado en salud se comportaría como uno perfecto, careciendo de sus elementos vitales. Como resultado, lastimosamente la competencia nació herida de muerte y, lo que es peor, el núcleo de todo el sistema que determina su funcionamiento: el mercado sobre el cual opera. ¿Por qué? Porque al asumir que se trataba de un mercado perfecto, durante mucho tiempo se esperó que sus leyes estabilizaran su desempeño y se lograran los objetivos deseados. Más aún, desde que se hizo evidente que esto no sucedería, se inició un proceso de reforma sobre las consecuencias de este error fundamental sin corregirlo, por lo que dichas reformas no han respondido a las expectativas o, en algunos casos, han deteriorado la situación al introducir mayores fallas de mercado.

Por otro lado, como lo dijimos al comienzo de este capítulo, el pluralismo estructurado es un producto de un momento histórico, donde prevalecían los principios de los Chicago Boys y la fuerte línea neoliberal. Sin embargo, la intención Londoño y Frenk tampoco era despojar al Estado de toda responsabilidad en salud ni privatizar los servicios sanitarios. El pluralismo estructurado es un modelo situado ideológicamente en el centro (o centro derecha) del espectro político, lo que tampoco lo acerca a la estructura de un sistema nacional de salud.

Entonces, más que la carga ideológica *per se*, al incorporar la lógica del mercado perfecto y la competencia en corazón de una estructura regulada pública, se reforzó el error original. El pluralismo estructurado en el centro de un sistema con dirección y fondos públicos nacionales fue una apuesta, por demás arriesgada, que buscaba engranar elementos diseñados desde orillas conceptuales distintas, coloquialmente hablando. Este fue un intento por encajar un balón de fútbol en un hoyo de golf. Hacer esto introdujo aún más imperfecciones al mercado, lo que acentuó sus fallas y lo hizo aún más imperfecto.

Por ejemplo, uno de los aspectos que más ha afectado la competencia es el hecho de que no existan grandes diferenciadores entre las EPS, ya que comparten el paquete de beneficios y el valor de la prima

de aporte. Esperar que surgiera una competencia en medio de estas condiciones es, más que un hecho de mercado, un acto de fe.

Ese acto de fe consiste en que el modelo original consideraba que la competencia ocurriría como una consecuencia lógica en el que todos los actores actuarían maximizando sus ganancias individuales en función de los mejores resultados colectivos. En otras palabras, los agentes del aseguramiento y la prestación mejorarían sus procesos para tener mayor calidad, ser más efectivos y obtener más rendimientos financieros. De esta manera no solo ganarían más usuarios, sino que el sistema de salud en su conjunto obtendría mayores ahorros y mejores resultados en salud. Sin embargo, al igual que como ocurre con el *dilema del prisionero* en la teoría de juegos, lo que termina ocurriendo es que los actores maximizan sus situaciones individuales de manera egoísta, en detrimento del resultado colectivo, y paradójicamente, a largo plazo, en detrimento de sí mismos.

La competencia, pensada en función de la calidad y la eficiencia no es un error *per se*, el error consistió en presumir que surgiría espontáneamente sin un esquema de incentivos que la alimentara o en medio de una estructura pública que la deteriorara, puesto que, como lo hemos expuesto, el mercado en salud no tiene los elementos de los mercados competitivos para generarla.

A manera reflexiva, es muy probable que una competencia de este tipo pudiera surgir de una sociedad con valores solidarios altos, con objetivos nacionales bien definidos e interiorizados en sus individuos y con un imaginario colectivo sólido de interés comunitarios. Empero, una característica de gran parte de los países en vías de desarrollo es su frágil tejido social. Colombia, en particular, ha sufrido de una fuerte destrucción de este tejido, en razón a problemáticas tan dañinas como el tráfico de drogas y sus carteles asociados, la corrupción y la desigualdad histórica, entre otros. Incluso, luego de la recomposición del Estado a comienzos de los años noventa, le ha tomado no solo más de 30 años sino un esfuerzo institucional muy importante poder ir encontrando la ruta social aceptable para reconstruir los valores de un país viable y sostenible. Solo cuando se alcance un estado semejante, este prototipo de competencias sofisticadas se podrían generar de manera espontánea.

La paradoja de la competencia terminó de configurarse cuando, torpemente (pero de forma bien intencionada), los hacedores de política pública han intentado regular cada vez con más ahínco la operación del sistema de salud (el modelo de gestión), en función de sus problemas de prestación de servicios de salud y su insostenibilidad financiera. Al hacer esto, sin resolver el problema primario, se han introducido más elementos de falla en el mercado, desestabilizando los precarios incentivos iniciales. Como consecuencia, la competencia por calidad y eficiencia se ha hecho cada vez más abstracta, y se ha pasado a un sistema deforme y enmarañado, a una colcha de retazos con mejoras sustanciales en algunos aspectos, pero que sigue y seguirá amenazado en su sostenibilidad financiera y respuesta a las expectativas ciudadanas, en tanto no se reconstruya desde su núcleo.

Hablemos de un ejemplo reciente: el modelo integral de atención en salud, cuyo componente básico de política pública son las rutas integrales de atención en salud. Este esfuerzo institucional nace de la acertada preocupación del Estado frente a la incapacidad de los modelos de las aseguradoras para brindar los mínimos aceptables a la población, en términos de servicios de salud preventivos y de baja complejidad. Fue la respuesta ante el imperativo moral de abordar esa situación. Sin embargo, de manera secundaria introduce nuevamente un elemento de falla a la competencia, pues homogeniza no solo el paquete de beneficios de los colombianos, sino la forma de atención en la cual subsegmentos de este se proveen. Al hacer esto, se estandariza todavía más la operación de las aseguradoras y retira más elementos de su control directo, lo que desincentiva, entonces, la competencia por nuevos usuarios, puesto que esta se fundamenta en los elementos diferenciadores, generadores de valor e innovadores. Lo que termina sucediendo es la interposición de barreras de acceso sistemáticas y la reducción de costos operativos a través de prestadores más económicos, pero con peores estándares de calidad, entre otras prácticas, estas sí bajo el control de las aseguradoras.

Con base en todo lo expuesto en este capítulo, queda la reflexión de que las soluciones deben ser de carácter mucho más estructural de lo que se ha venido pensando. Implican escenarios y decisiones complejas a partir de un marco de análisis distinto, como el hasta ahora

propuesto. En otras palabras, dichas soluciones no deben orientarse hacia las manifestaciones de falla de mercado del pluralismo estructurado, sino sobre sus problemas originales. Esto lo trataremos en el cuarto capítulo.

