

## La salud: un análisis de economía política

Pedro Ignacio Bernal Forero\*

### Introducción

La salud es una necesidad fundamental y alrededor de ella se ha constituido un sector de actividad con actores que han desarrollado estrategias para consolidarse económicamente, a través de las patentes, la estructura de la oferta, la segmentación del mercado, la discriminación de precios, el cabildeo político y las negociaciones comerciales internacionales.

Los avances en la investigación, la atención médica, el saneamiento ambiental, etc., han permitido grandes progresos en las condiciones de salud en todo el mundo, especialmente en los países de desarrollo medio y más avanzado a lo largo del siglo xx. Estos avances se han visto acompañados de

un aumento más que proporcional de los gastos en salud en comparación con las tasas de crecimiento económico. Lo anterior reside en la estructura y funcionamiento de este sector, en particular en el papel estratégico que han desempeñado actores como los laboratorios productores de medicamentos y los fabricantes de equipos, y al papel jugado por las instituciones jurídicas y políticas, frente a las cuales los actores económicos también han sabido desplegar sus estrategias.

El presente ensayo plantea un análisis del sector de la salud desde una perspectiva de economía política. Esto quiere decir que los agentes económicos relevantes emplean su poder e influencia en el escenario de la política con el fin de lograr sus objetivos económicos. En Colombia, la Ley 100 de 1993 representa un triunfo de la visión neoliberal que impuso un modelo de seguridad social (salud, pensiones y riesgos laborales) con marcada

\* Economista, profesor e investigador de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia. Correo-e: [pedro.bernal@uexternado.edu.co]

presencia de mecanismos mercantiles, y por ende una forma institucional (legal) en la que se expresa claramente la influencia de poderosos intereses económicos. El ensayo comienza con una caracterización del sector de la salud a partir de la identificación de sus principales “imperfecciones” o fallos; pone énfasis en las patentes, una falla (monopolio) que surge de otra (externalidad); presenta someramente cómo surge el sector de salud en su forma moderna; analiza las principales estrategias que utilizan los actores económicos en los mercados políticos, y finaliza con una presentación de la Ley 100 como ilustración.

### La salud, un mercado con muchas “fallas”

La salud es una necesidad fundamental, y desde el punto de vista económico está sometida a las llamadas *fallas de mercado*. La principal de ellas es la *asimetría de información* que existe entre la demanda (el paciente) y la oferta (el proveedor del servicio). En efecto, la salud es uno de los raros bienes económicos cuya demanda depende totalmente de la apreciación hecha por el oferente (el médico). En este caso, es la oferta la que determina la demanda, como diría Say, pero por la razón de que el demandante no sabe lo que necesita. En general, ningún paciente se atreve a cuestionar el diagnóstico de su médico, el

cual lo lleva a incurrir en una serie de gastos (exámenes, tratamientos, medicamentos, intervenciones, etc.). Estudios econométricos en Norteamérica han cuantificado la importancia de este fenómeno. Un aumento del 10% del número de médicos instalados en una región contribuye a incrementar en 5,5% los gastos en salud en dicha región: la oferta crea su propia demanda (Cohen, 2009).

Otra falla reside en las diferencias de ingresos y por tanto de capacidad de pago entre consumidores, que discriminan contra los más pobres, lo cual representa injusticias inadmisibles desde una perspectiva social y ética. Esto es especialmente crítico tratándose de enfermedades graves, traumáticas o casos de urgencia, y si además, como es generalmente el caso, los tratamientos son muy costosos.

Los servicios médicos no son bienes homogéneos, es decir los diagnósticos y tratamientos de distintos especialistas no son idénticos, incluso si los síntomas de distintos pacientes son similares. Debido a esto, es difícil para el consumidor comparar precios y calidades y tener información clara y confiable a la hora de tomar decisiones (Cárdenas, 2013). En la relación de servicio entre el paciente y el médico, este último está en posición dominante, pues es quien decide el tratamiento a seguir, la cantidad y el

tipo de medicamentos a consumir. Es una relación asimétrica en la cual la oferta prima sobre la demanda.

Asimismo, la existencia de enfermedades contagiosas genera externalidades negativas, es decir costos sociales externos que exigen la intervención estatal con campañas gratuitas y obligatorias de vacunación para garantizar la salubridad pública. Siendo la salud un servicio esencial a nivel individual y colectivo, se suele tratar como un *bien meritorio* e implementar medidas de política para evitar todo tipo de exclusión y alcanzar niveles mínimos de calidad por debajo de los cuales la salud y la vida de los pacientes y de la comunidad son puestas en riesgo. Esto lleva a justificar la intervención del Estado en el marco de políticas de equidad social mediante la ejecución de gasto social en salud.

Por último, la formación de los profesionales de la salud es muy costosa, implica importantes inversiones y sacrificios personales y familiares, y al mismo tiempo requiere de una formación ética y humanista en razón de su naturaleza. Pero al mismo tiempo, la salud está inserta en una sociedad donde los valores mercantiles son dominantes y en la que se legitiman y refuerzan incentivos económicos que se reflejan en los costos y en los precios de los servicios médicos.

## **El origen moderno del mercado de la salud: la industrialización y las patentes**

La medicina dominante en las sociedades modernas se orienta a los tratamientos curativos con base en medicamentos químicamente procesados. Los procesos de fabricación de estos son particularmente costosos, y la creación de las patentes ha permitido incentivar la investigación y el desarrollo para compensar, muchas veces con creces, tales esfuerzos. Esta es una fuente de monopolios que refuerza la naturaleza imperfecta de este mercado.

Hasta el siglo XIX, las medicinas se preparaban de manera artesanal. Pero con la urbanización galopante en Europa, que en sus inicios se vio acompañada de difíciles condiciones sanitarias (epidemias de cólera), aumentó la demanda. La revolución farmacéutica comenzó en 1820, gracias al aislamiento de los principios activos de las plantas, metales y productos químicos que permitiría una producción a mayor escala. La industrialización de los medicamentos implica su producción estandarizada, por la necesidad de amortizar los altos costos de producción por medio de la producción en serie y la explotación masiva de las fórmulas. Así nace el comprimido (llamado “*tabloid*” por su inventor, William Brockedon, en

1843) que permite una preparación rápida, gran precisión en la dosificación y buena conservación. La explotación duradera del procedimiento se logra mediante las patentes y las denominaciones específicas de los inventos – marcas registradas (*dépôts*). Pero lo anterior no basta: ¡hay que vender!, y para ello es necesaria la publicidad. Primero hay que contar con los pacientes, pero el asunto del gusto y la inclinación de estos hacia ciertos medicamentos, como ya se vio, tiene sus límites. Así que, muy pronto, el problema de la comercialización se enfoca en los médicos, los que prescriben los medicamentos. Gracias a los avances en los conocimientos en medicina, los médicos se profesionalizan y se convierten en la pieza clave de los sistemas de protección social cuya construcción se inicia en Europa a finales del siglo XIX (Consil, 2012).

Las patentes son el remedio legal inventado para solucionar una externalidad positiva para aquellos que se beneficiarían de un descubrimiento o innovación médica o farmacéutica si sus creadores no pudieran recuperar total o parcialmente los recursos invertidos en ello. Es decir que para estos últimos sería negativo (pérdidas privadas). La patente prohíbe que agentes distintos a quien registró inicialmente la innovación la puedan explotar, creando así un monopolio legal. La patente es, entonces, un mecanismo jurídico que se basa en

un concepto económico: la externalidad. Buscando solucionar una falla de mercado, una externalidad, la patente crea otra falla contra la eficiencia económica, un monopolio, pudiendo además agudizar problemas de distribución del ingreso.

En la medida en que son el resultado de procesos de investigación y desarrollo de productos y procedimientos innovadores, las patentes involucran información y secretos técnicos. De esta manera, el monopolio legal otorgado es, en cierta forma, también el producto de una asimetría de información, asimetría que es protegida a su vez por la patente. Sin embargo, la protección legal al productor puede ser generadora de otra asimetría: durante la vigencia de la patente, los precios pueden ser prohibitivos para una parte de la población consumidora. Esta situación lleva a algunos a señalar el problema de la falta de competencia (monopolio), y a insistir en la necesidad de introducir competencia para favorecer a los consumidores. Las soluciones consideradas incluyen opciones como: a) restringir temporalmente las patentes para que cuando lleguen a término, culmine también la prohibición y así otros productores puedan producir y comercializar productos similares, y b) autorizar a otras empresas (laboratorios) para que produzcan y comercialicen simultáneamente medicamentos genéricos, que contengan los mismos principios

activos pero con otras marcas y a más bajos precios<sup>1</sup>.

## Medicamentos y mercados políticos

Stigler (1988) expuso la teoría de la “captura de la regulación”, que supone la no imparcialidad de los agentes públicos encargados de ejercer algún tipo de control sobre las actividades industriales (competencia, calidad, precios, reglas de entrada y de funcionamiento, etc.). Teniendo en cuenta los intereses económicos en juego de distintas industrias reguladas, y de que también los agentes reguladores actúan movidos por sus propios intereses, aquellos buscan influir en estos para que regulen a su favor, expidiendo normas o reglamentos que los favorezcan, como por ejemplo, condiciones o requisitos de funcionamiento o de entrada al mercado suficientemente exigentes con los competidores potenciales. A cambio de esta normatividad, los agentes reguladores podrán ser pagados con generosas recompensas, como por

ejemplo puestos mejor remunerados en el sector privado.

Las patentes, especialmente cuando desempeñan eficazmente su función de protección de los intereses de los laboratorios farmacéuticos, constituyen un poderoso incentivo económico para estos, y los lleva a desarrollar estrategias no tanto de innovación, sino más bien de comercialización (publicidad), cabildeo político<sup>2</sup>, promoción de sus productos por medio de incentivos al personal médico<sup>3</sup> e inclusive la captura de las asociaciones de pacientes (*El Espectador*, 2012a, febrero 8). Pero las “innovaciones” pueden limitarse a pequeños cambios o adaptaciones marginales, con escaso valor agregado, que les permitan a los laboratorios renovar o prolongar las patentes, con precios elevados (*Alternativas Económicas*, 2011). Así, la lógica de fijación de precios se basa no tanto en la eficacia terapéutica del medicamento como en el interés económico de los laboratorios, y en este proceso de solicitud,

1 Sin embargo, con frecuencia los medicamentos genéricos son de menor calidad (y precio) que los de marca, creando así una segmentación del mercado, o una situación de discriminación de precios cuando es un mismo laboratorio el que produce y comercializa ambos. Siendo un sector tan delicado como el de la salud, esto puede acarrear efectos negativos sobre los pacientes de menores recursos.

2 Ante los órganos representativos donde se deciden las leyes en materia de duración de las patentes. Y de influencia en las negociaciones de tratados comerciales internacionales para que incorporen reglas y condiciones favorables a sus intereses.

3 Los laboratorios farmacéuticos, a través de sus promotores comerciales (visitadores médicos), requieren de los médicos para que estos formulen sus productos a los pacientes. Para ello les conceden estímulos, regalos, descuentos, etc.

revisión y aprobación de las innovaciones, juegan un papel esencial las instancias públicas que, por razones obvias, pueden ser objeto de intensas presiones. Lo anterior explica la falta de transparencia en materia de descomposición de los costos de un medicamento, en especial en sus componentes de gastos de investigación y desarrollo, y a aquellos ligados a su comercialización (*marketing*, publicidad, promoción, etc.). De ahí que los controles de costos y de precios son un asunto esencial para alcanzar una adecuada regulación del sector a favor de los pacientes; esto exige que las entidades públicas encargadas de las labores de revisar y autorizar la canasta de medicamentos a disposición de la población mantengan un alto grado de independencia frente a las empresas a las que regulan e incluso ante sus principales políticos, tanto en el ejecutivo como en el legislativo.

En Colombia, debido a la necesidad de reglamentar el mercado de los medicamentos biotecnológicos<sup>4</sup>, se hizo público el hecho de que la Academia Nacional de Medicina, “aunque no descalificaba la entrada al país de las ‘copias’ de medicamentos originales, era evidente que las condiciones que proponía para su entrada prácticamente les cerraba las puertas

manteniendo este mercado en manos de algunas multinacionales”, “... como si el máximo órgano de representación de los médicos se opusiera a la venta de medicamentos genéricos” (*El Espectador*, 2012a, febrero 8).

Así mismo, se hizo evidente la voluntad de algunas farmacéuticas de influir sobre las asociaciones de pacientes por medio de ayudas económicas para su sostenimiento, habida cuenta de que estas asociaciones pueden ser un apoyo clave para sus estrategias comerciales: la información que poseen estas asociaciones sirve para determinar los montos económicos que se invierten en ellas a través de actividades de educación y de salud; y sus pronunciamientos del estilo “no queremos que el Invima<sup>5</sup> vaya a regular la entrada de nuevos medicamentos con estudios laxos”, o “esos medicamentos genéricos nunca tendrán la calidad de los biotecnológicos, porque estos últimos son el resultado de un proceso muy complejo, de estudios de hasta 10 años, que permiten que el paciente tenga los efectos secundarios mínimos y una efectividad muy amplia contra la enfermedad” (*El Espectador*, 2012b, febrero 8), que expresan una

4 Fármacos que resultan de procesos en los que se utilizan organismos vivos para su elaboración.

5 El INVIMA – Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos es el organismo público que en Colombia se encarga de realizar las actividades técnicas tendientes a la autorización legal de estos bienes para el consumo de la población.

clara captura por parte de quienes los financian.

Por último, el director médico de un gran laboratorio multinacional, enviaba a la Asociación Colombiana de Reumatología una serie de sugerencias dirigidas a “elevar las exigencias para el registro de copias de medicamentos biotecnológicos, o biosimilares...”. El interés del laboratorio se centraba en que unos de sus productos, utilizado para el tratamiento de la *arthritis reumatoidea*, es uno de los medicamentos más recobrados al Fosyga, sin competencia en el mercado local y que, según Fedesarrollo (2012), se comercializa a un precio muy elevado. En su pronunciamiento sobre el decreto que reglamenta el registro de los medicamentos biotecnológicos y biosimilares, la ACR sugiere que en el ejercicio de comparación entre el medicamento que solicita el registro (la copia o biosimilar) y el de referencia (el original biotecnológico), deben ser obligatorios los estudios preclínicos y clínicos. Quienes se oponen a este requisito argumentan que estos estudios son barreras insalvables, pudiendo llegar a costar más de un millón de dólares (*El Espectador*, 2012, febrero 13).

La magnitud del mercado interesa a otros actores, que participan en el juego de manera ilegal o irregular. Según la Federación Médica Colombiana (*El Espectador*, 2012, febrero 14), en Colombia la liberación de los

precios de los medicamentos ha sido aprovechada por actores oportunistas para realizar recobros al Fosyga que tienen al sistema de salud al borde del colapso<sup>6</sup>. Se estima que entre 2008 y 2010 los recobros por medicamentos de alto costo alcanzaron casi \$6 billones. Sin embargo, no hay certeza sobre esta cifra, puesto que, ante la renuencia del Fosyga a suministrar la información sobre los recobros, la FMC tuvo que acudir a una acción de tutela, para obtener la información por vía judicial, y el Fosyga reconoció que su base de datos no coincide con los documentos físicos que entregaron las EPS. Son frecuentes irregularidades como grandes diferencias en recobros de EPS distintas por un mismo medicamento, o recobros por procedimientos que estaban en el POS y que, por lo tanto, no debieron recobrarse.

En Colombia, el Acuerdo 029 de 2011 consideró 733 medicamentos en el POS, de los cuales 126 fueron incluidos recientemente, 34 fueron evaluados con concepto favorable y 63 lo tienen condicionado, principalmente por falta de estudios económicos y de regulación de precios. La introducción

6 Según la FMC, los precios nacionales son casi cinco veces los internacionales. Pero existe una Comisión de Precios de Medicamentos, conformada por un delegado del Presidente de la República, el ministro de la Protección Social y el ministro de Comercio, sobre quienes debería recaer la responsabilidad de los precios exagerados.

de la mayoría de los nuevos medicamentos ha obedecido a criterios económicos y no epidemiológicos. En algunos casos, el hecho de que un fármaco es más recobrado al Fosyga puede motivar su inclusión en el POS, no porque represente beneficios para la salud de los pacientes ni por sus precios, llegando estos a ser elevados, y pese a tener la etiqueta de “medicamento esencial” (López, 2012, febrero 12).

### La Ley 100 de 1993: un modelo de salud orientado al mercado

Aunque esta ley se propone como objetivo regular la salud como servicio público esencial y promover el acceso universal a los servicios (Art. 152), con base en principios de equidad, igualdad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, participación, concertación y calidad (Art. 153), ha predominado la lógica mercantil en el manejo del sistema. Por ejemplo, la ley segmenta el mercado según la capacidad económica de los afiliados, llevando a un acceso diferencial a los servicios: el régimen contributivo, el régimen subsidiado y los vinculados. En teoría, la canasta de servicios y medicamentos (Plan Obligatorio de Salud) de los dos regímenes debía igualarse antes de 2001 (Art. 162), pero no fue así<sup>7</sup>.

7 Inicialmente, el POS-Subsidiado incluiría servicios de salud de primer nivel equivalentes

La ley creó las EPS (entidades promotoras de salud), encargadas de afiliar y registrar a los afiliados y recaudar sus contribuciones, por delegación del Fosyga (Fondo de Seguridad y Garantías). Su función básica consiste en organizar y garantizar la prestación del paquete de servicios (POS) a los afiliados y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y el valor de las UPC<sup>8</sup> al Fosyga<sup>9</sup>. Desempeñan una función de intermediación entre los afiliados usuarios<sup>10</sup>, por una parte, y el Fosyga y las IPS, o instituciones prestadoras, por otra parte.

El sistema público anterior a la Ley 100 estaba basado en un *enfoque de oferta*, en el que el Estado financiaba a las entidades prestadoras (hospitales públicos y centros de salud) con el

en valor al 50% de la UPC –Unidad de Pago por Capitación– del régimen contributivo. Los servicios de segundo y tercer nivel se debían incorporar progresivamente.

- 8 UPC o Unidad de Pago por Capitación. Es el valor que el gobierno les reconoce anualmente a las EPS por cada uno de sus afiliados para asegurar que estas les presten los servicios de salud.
- 9 Cuenta adscrita al Ministerio de salud que, según la ley, debe ser manejada por encargo fiduciario.
- 10 Sin embargo, pueden prestar directamente los servicios, o contratarlos con IPS y profesionales. Cabe también resaltar que las EPS “para racionalizar la demanda por servicios... podrán adoptar modalidades de contratación y pagos tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, de tal manera que incentiven las actividades de promoción y prevención y control de costos...” (Art. 179)

fin de suplir sus necesidades generales de gasto y garantizar la atención de la población. La Ley 100 adoptó un *enfoque de demanda*, basado en la afiliación, el pago de cotizaciones y pagos moderadores por parte de los usuarios del sistema. Los prestadores públicos no reciben presupuestos globales sino que se financian en función de la demanda representada por el número de afiliados, cotizantes, beneficiarios y vinculados, y las necesidades de atención en salud (Procuraduría General de la Nación, 2008).

Algunas estrategias de la política social derivada del *Consenso de Washington* y que se expresan en el modelo de la Ley 100 son: la descentralización; la focalización de los servicios, con preferencia por los subsidios a la demanda; la mercantilización, con el fin de introducir la competencia y eliminar el monopolio que tenían la mayoría de los Estados latinoamericanos sobre ciertos servicios sociales; el desarrollo de los servicios sociales se hace preferiblemente con proyectos puntuales que compiten por recursos públicos en vez de políticas de largo plazo formuladas directamente por el Estado. Estas estrategias implican una reducción considerable del Estado (gasto, tamaño, presencia) y constituyen una reorientación de la política social en las décadas de 1980 y 1990. Pese a todo, el modelo de salud que se deriva de allí no es de privatización pura, pues se reconoce

que el mercado de la salud presenta grandes asimetrías (fallas o imperfecciones) y, en consecuencia, debe ser fuertemente regulado e introducir condiciones de eficiencia y equidad.

Con la Ley 100 hubo un aumento del gasto en salud. En 1993 este era de 6,3% del PIB y pasó a 7,8% en 2003, frente al promedio latinoamericano del 7%. El gasto público es el que explica mayoritariamente esta evolución, al pasar de 3,1% a 6,4%, mientras que el gasto privado pasó de 3,2% a 1,2%. En otras palabras, fue el gasto público el que sostuvo esta evolución positiva, incluso compensando la disminución relativa del gasto privado. Ahora bien, dentro del gasto público el régimen contributivo es el que pesa más y el que aportó al mayor incremento, al pasar de 1,6% a 3,4%.

También hubo avances en cobertura y en equidad. Los principales logros se dieron en los primeros diez años de vigencia de la ley. Posteriormente, dichos avances han tendido a estancarse y subsisten problemas de inequidad, universalidad y calidad de servicio. Por ejemplo, la cobertura nominal (nivel de afiliación) pasó de 29,1% a 68,1% entre 1995 y 2005, pero esto no se refleja en el nivel real del servicio, pues existen diferentes niveles de atención profesional que favorecen a los quintiles mayores de ingreso. También hay diferencias regionales y urbano-rurales que discriminan en

contra de las regiones más pobres y de las zonas rurales.

Existe todavía un gran número de personas que no logra acceso al sistema, por no estar aseguradas (afiliadas) o por falta de atención médica. Y en materia de equidad, subsisten diferencias en los servicios incluidos en los POS contributivo y subsidiado, es decir, la segmentación entre los dos regímenes, lo cual va contra el principio de no discriminación que debe gobernar las políticas sociales. En cuanto a la calidad de servicio, están los casos de muertes de personas en las puertas de los hospitales y clínicas por falta de atención oportuna, excesivos trámites a los que se someten a los pacientes para acceder a tratamientos o medicamentos, y el aumento de la incidencia de enfermedades como el dengue o la fiebre amarilla.

La privatización y la eliminación del monopolio público, que se introdujeron como solución a los problemas del modelo anterior, ha producido efectos perversos: barreras de acceso, discriminación por ingresos, contención de costos, baja calidad y maximización de utilidades. Un alto porcentaje de los recursos se queda en los agentes, que han obtenido alta rentabilidad.

El sistema de salud de la Ley 100 presenta contradicciones entre el nivel macro de la política, enfocado hacia la universalidad del servicio,

y la lógica económica que guía las acciones en el nivel micro del sistema, fundamentalmente dirigido a la maximización de las utilidades de los agentes operadores. En el nivel macro se acogen principios socialdemócratas (cobertura universal, un plan relativamente amplio de servicios y financiación solidaria), mientras en el nivel micro se adoptan principios de tipo neoliberal (énfasis en la demanda, competencia y criterios de rentabilidad y eficiencia).

Una proporción importante de los recursos de la salud se destina a contratación, y los recursos invertidos no se traducen en un mejoramiento real de la salud de la comunidad. Por ejemplo, recursos de promoción y prevención en salud se utilizan en contratación que solo benefician al contratista. Es decir, se presentan altos costos de transacción y despilfarros y situaciones de corrupción, que no se expresan necesariamente en más y mejores servicios de salud.

A nivel financiero, la existencia de regímenes excepcionales, los problemas de elusión y evasión y la falta de progresividad de las cotizaciones<sup>11</sup>

11 Se refiere al hecho de que los aportes son un porcentaje fijo (12%) que se aplica sobre el ingreso base de cotización, independientemente de su monto. Esto implica desaprovechar la posibilidad de introducir un elemento de progresividad: mayores porcentajes de cotización a medida que aumentan los ingresos,

afectan negativamente los niveles de recaudo, la capacidad financiera del sistema y reduce el ámbito de la solidaridad.

La regulación de la competencia por medio del POS y de la UPC lleva a diseñar estrategias competitivas encaminadas a la reducción de costos de atención médica. Ello se realiza por medio de la introducción de barreras a los afiliados con el fin de maximizar las utilidades de las EPS e IPS. El resultado es la pérdida en los niveles de oportunidad, calidad y cantidad de los servicios recibidos por los afiliados y beneficiarios.

Como consecuencia de los problemas mencionados, han aumentado las quejas ante las instancias de control del sistema y, en particular, ha habido un incremento acelerado de las acciones de tutela para acceder a servicios de salud, llegando a un punto en que el ritmo de estas es de 8.000 por año y constituyen la mayor proporción del total de tutelas interpuestas. Entre 1999 y 2005, el número de tutelas presentadas en relación con el derecho a la salud pasó de 21.301 a 81.017, es decir, casi que se cuadruplicó. Como proporción del total de tutelas, las de salud pasaron de representar 24,7% a 36,1%. El número total de tutelas se

más aún si se tiene en cuenta que las personas con mayores ingresos suelen tener otros ingresos fuera de los laborales.

multiplicó por 2,6, mientras que las relacionadas con la salud se multiplicó por 3,8. Los principales motivos objeto de las tutelas son: 1) suministro de medicamentos y tratamientos negados, pese a estar incluidos en el POS y no estar limitados por el requisito de semanas mínimas de cotización; 2) negación de medicamentos y tratamientos excluidos del POS, y 3) solicitudes de elementos del POS y otros excluidos del mismo<sup>12</sup>.

La mayoría de las quejas tiene que ver con la mala calidad del servicio: citas demoradas, aumento del tiempo de espera, largas filas, etc. Los principales motivos de queja son: calidad del servicio de las IPS (27,5%), contenido del POS contributivo (17,5%), autorizaciones de las EPS (10%) (Procuraduría General de la Nación, 2008).

En síntesis, la mayoría de los conflictos derivados del modelo de salud de la Ley 100 se debe a la fragmentación, discriminación<sup>13</sup> y exclusión de la

12 La Ley 100 prohíbe las preexistencias (Art. 64); sin embargo, exige un mínimo de semanas cotizadas para el tratamiento de enfermedades catastróficas o de alto costo. Este asunto está reglamentado por el Decreto 806 de 1998 (Art. 61).

13 Un factor de discriminación es que la mayoría de los cotizantes al régimen contributivo son trabajadores formales y pensionados, mientras que una minoría de ellos trabaja como independientes y deben pagar de sus ingresos la totalidad de la cotización (no una tercera parte, como en el caso de los trabajadores dependientes). Ello constituye

población. Las evidencias como el alto y creciente número de tutelas asociadas con la salud, las quejas y reclamos ante las diferentes instancias del sistema y el estado de salud de la población, cuestionan negativamente la organización del sistema. Este se limita a la búsqueda de eficiencia en los aspectos económicos, financieros y administrativos.

## Bibliografía

*Alternatives Économiques* (2011). “Très chers médicaments”, 308, diciembre.

CÁRDENAS, M. (2013). *Introducción a la economía colombiana*. Alfaomega, Fedesarrollo.

COHEN, D. (2009). *La prospérité du vice. Une introduction (inquiète) à l'économie*. Albin Michel.

CONSIL, J.M. (2012). “Comment l'industrie a transformé le médicament”. *Alternatives Économiques*, 309, enero.

*El Espectador* (8 de febrero de 2012a). *Un cuestionado asesor médico*.

*El Espectador* (8 de febrero de 2012b). *Donaciones delicadas*.

*El Espectador* (13 de febrero de 2012c). *Estimado Philippe, lo convenido...*

*El Espectador* (14 de febrero de 2012). *Casi \$13 billones, hueco de la salud*.

Fedesarrollo (enero de 2012). *Pertinencia de incentivar la competencia en el mercado de medicamentos biotecnológicos en Colombia*.

López, J. J. (2012). “Los medicamentos inútiles del POS”. *UN Periódico*, 12 de febrero.

Procuraduría General de la Nación, Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, Dejusticia (2008). *El derecho a la salud en perspectiva de derechos humanos y el sistema de inspección, vigilancia y control del Estado colombiano en materia de quejas en salud*.

STIGLER, G. (1988). “The theory of economic regulation”. *Chicago Studies in Political Economy*. Editado por George Stigler. The University of Chicago Press, Chicago y Londres.

una pesada carga para trabajadores que suelen tener bajos ingresos, y estimula el subregistro del ingreso base de cotización y por ende la elusión de aportes.