



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

González, Jorge Iván

Salud y seguridad social: entre la solidaridad y la equidad

Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 1, núm. 2, septiembre, 2002, pp. 18-24

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54510203>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Salud y seguridad social:

ENTRE LA SOLIDARIDAD Y LA EQUIDAD*

Jorge Iván González

Resumen

El autor analiza las diferencias y relaciones entre los principios de aseguramiento, solidaridad y equidad. Discute los avances en aseguramiento y solidaridad del sistema colombiano de seguridad social en salud y alerta sobre sus limitaciones en el terreno de la equidad.

Palabras clave: Aseguramiento, solidaridad, equidad, imparcialidad financiera, seguro de salud.

Abstract

In this article the author analyses the relationships between three main principles shaping the Colombian Social Insurance System of Health: insurance, solidarity and equity. He discusses the scope of Colombian Health System in function of the principles of insurance and solidarity, and shows its limitations in terms of equity.

Key words: Health insurance, solidarity, equity, fair financing, securing.

1. Planteamiento del problema

En el campo de la seguridad social es posible diferenciar tres formas de aproximación, cada una con su propia lógica: aseguramiento, solidaridad y equidad. La ley 100 combina el aseguramiento y la solidaridad. Y sin duda, esta conjunción es beneficiosa. La extensión del aseguramiento se ha manifes-

tado en una ampliación de la cobertura. Y los éxitos alcanzados en el terreno de la solidaridad se reflejan en la buena calificación que tuvo el país en el informe de la Organización Mundial de la Salud, OMS, que consideró que Colombia está en el primer lugar de “imparcialidad de la contribución financiera” (WHO, 2000; González, 2001). Gracias a la solidaridad, la ley 100 ha estimulado la transferencia de recursos de los grupos de mayores ingresos hacia la población más pobre.

El informe de la OMS da pie para plantear la distinción entre “imparcialidad” y “equidad”.

* Versión escrita de la conferencia presentada con motivo del acto de presentación del No. 1 de la Revista *Gerencia y Políticas de Salud*, el 28 de febrero del 2002 en el Auditorio Luis Carlos Galán, Universidad Javeriana.



Y entre “solidaridad” y “equidad”. Este nivel del análisis, que es el más sustantivo, suele dejarse de lado porque la discusión se lleva a un terreno de análisis diferente, más concreto, que tiene que ver con la forma como ha operado la salud en Colombia después de la aplicación de la ley 100. Y en este campo las ambigüedades abundan, porque no hay claridad si las críticas se dirigen al espíritu de la ley 100, o la forma como ésta se ha implementado. Por ejemplo, hace poco se ha hecho énfasis en la poca fluidez de los pagos. Por razones que no son suficientemente claras, los intermediarios retienen los dineros más tiempo del debido, causándole contradicciones evidentes a quien debe recibir los recursos en el siguiente eslabón de la cadena.

Las dinámicas de la solidaridad y de la equidad están muy amarradas a lo que sucede en el mercado laboral. La crisis de la economía se manifiesta en una mayor tasa de desempleo, que termina reflejándose en una disminución de los salarios y en una caída de las contribuciones a la seguridad social. Además, la recesión conlleva un debilitamiento de las fuentes de financiación del Estado. Los sistemas de aseguramiento y solidaridad son financieramente estables cuando la minoría que tiene problemas puede ser soportada por la mayoría que no tiene dificultades. Pero el sistema se vuelve frágil cuando la crisis económica lleva a un empeoramiento de la situación de la mayoría. En condiciones críticas de la economía las limitaciones de la ley 100 se hacen más evidentes. Así que al evaluar esta norma debe tenerse presente el impacto negativo de la recesión. Y aceptando que parte de las dificultades por las que atraviesa la salud y la seguridad social tienen su origen en la crisis económica, también debe reconocerse que otra parte de los problemas se explican porque ha faltado una perspectiva de equidad. Para salir del escollo actual es necesario dar el salto desde la solidaridad ha-

cia la equidad. La ley 100 avanza en aseguramiento y solidaridad, pero deja de lado la equidad.

2. Bismarck, Beveridge y Paine

Los nombres de Bismarck, Beveridge y Paine representan, en su orden, las tres formas de acercarse a la seguridad social: aseguramiento, solidaridad y equidad. El aseguramiento obligatorio de tipo bismarckiano¹ se caracteriza porque los trabajadores constituyen un fondo de reserva que sirve para cubrir, en caso de necesidad, los gastos en salud, y para garantizar un ingreso mínimo cuando la persona no puede trabajar por alguna razón (accidente, enfermedad, etc.)². En el modelo de Bismarck el aseguramiento es obligatorio porque como las personas suelen tener un horizonte de corto plazo, es muy factible que por voluntad propia no destinen los recursos necesarios. La presión por resolver las dificultades de todos los días puede llevarlas a solucionar las necesidades urgentes, descuidando el aseguramiento. La obligatoriedad garantiza el pago de las contribuciones, al mismo tiempo que contribuye a desarrollar una visión de largo plazo. El aseguramiento bismarckiano no necesita un principio de solidaridad.

Gracias a Beveridge es posible pasar del aseguramiento hacia la solidaridad. En su lógica, las contribuciones no favorecen solamente al conjunto de las personas que aportan, sino también a quienes no lo hacen³.

1 El nombre se debe a Otto Von Bismarck (1815-1898).

2 Sobre las características del modelo bismarckiano, véase Van Parijs (1994).

3 El calificativo de *beveridgeano* se debe al economista inglés William Henry Beveridge (1879-1963), quien desde 1905 participó como investigador auxiliar en la Royal Commission on the Poor Laws. El Informe Beveridge, *Report on Social Insurance and Allied Services*, fue presentado en 1942.



... en el modelo que llamo *beveridgeano* (beveridgeén), todos los titulares de ingresos primarios (del trabajo o del capital) renuncian, obligatoriamente, a una parte de sus ingresos para constituir un fondo que suministrará a todos los miembros de la sociedad un nivel mínimo de recursos, incluida la prima de seguro de salud, ya sea porque no son capaces de atender ese mínimo por sus propios medios (en razón, por ejemplo, de su edad, incapacidad, accidente, enfermedad) o por la imposibilidad de encontrar un empleo cuya remuneración le resulte suficiente (Van Parijs 1994, p. 56).

La ley 100 introduce el principio de solidaridad, ya que quienes están en el régimen contributivo deben participar en la financiación de los servicios de salud de las personas vinculadas al régimen subsidiado. Y gracias a esta opción por la solidaridad, la OMS considera que Colombia es el primer país del mundo en “imparcialidad de la contribución financiera”⁴.

Esta norma supone que los principios del aseguramiento y la solidaridad son suficientes para alcanzar la cobertura universal. Esta apreciación es equivocada porque además del aseguramiento y de la solidaridad se requiere la equidad. La equidad es central al modelo *paineano* (Paine, 1776, 1796).

... en el modelo que llamo *paineano* (painéen), todos los titulares de ingresos renuncian, obligatoriamente, a una parte de ellos, para constituir un fondo

que sirva para pagar incondicionalmente un ingreso uniforme a todos los miembros de la sociedad (Van Parijs 1994, p. 56).

Desde esta perspectiva la equidad tiene un alcance mucho mayor que la solidaridad. La equidad subsume la solidaridad, mientras que la solidaridad no implica la equidad. Desde la perspectiva de Paine, la equidad lleva a una distribución “uniforme” del ingreso entre todos los miembros de la sociedad. Este principio es muy exigente y claramente coloca la discusión en un nivel muy distinto a los del aseguramiento y la solidaridad.

3. Solidaridad y equidad

La hipótesis que se propone a continuación es esta: *la ley 100 de 1993 avanza considerablemente en el campo de la solidaridad, pero al depositar su confianza en la elección racional ha obstaculizado el paso de la solidaridad a la equidad*. Es una lástima que la potencialidad que tiene la ley 100 al conjugar los regímenes contributivo y subsidiado, no se haya podido desarrollar. En gran parte, porque los incentivos propios de la elección racional han encubido dos tendencias contraproducentes: de un lado, el afán de ganancia de los intermediarios ha ido en contra del interés general y, de otra parte, la equivocada percepción de que el sistema de salud es autocontenido, no ha permitido repensarlo desde una perspectiva más global que abarque el conjunto del sistema de seguridad social.

La hipótesis propuesta tiene tres componentes: i) la ley 100 avanza en el campo de la solidaridad, ii) la ley 100 pone la confianza en los principios de la elección racional, iii) en la realidad no se ha logrado pasar de la solidaridad a la equidad.

⁴ La primera interpretación que se hizo del informe de la OMS llevó a suponer que “imparcialidad” es sinónimo de “equidad”. Y que el primer lugar que ocupa Colombia en el ranking de la OMS correspondía a equidad y no a imparcialidad.

Aunque la solidaridad implica una redistribución de recursos y facilita el acceso de los pobres a la salud, no significa que la lógica subyacente esté animada por principios de equidad. El impacto distributivo y la estabilidad financiera del sistema de seguridad social son dos temas íntimamente ligados a la solidaridad y a la equidad.

La ley 100 claramente explicita su preferencia por el proceso de elección. En condiciones ideales, se trata de que en un contexto de competencia regulada, los usuarios escojan la entidad aseguradora y, a su vez, que ésta elija la institución que presta el servicio, etcétera. La raíz de la lógica auto contenida de la ley se encuentra en la prioridad que se le otorga a la elección. La dinámica del mercado es muy estrecha. Y aun reconociendo que el mercado tiene bondades intrínsecas, su alcance es limitado. Los servicios médicos y mucho más la salud, no caben en los parámetros convencionales de la oferta y la demanda.

La justicia como imparcialidad puede hacer énfasis bien sea en el principio de igualdad, o bien en el principio de diferencia. Y en ambos casos, las preguntas “¿igualdad de qué?” y “¿diferencia de qué?” son pertinentes. La teoría convencional suele asociar imparcialidad a equidad (Varian, 1974). Y por esta vía se termina fundamentando la dinámica auto contenida de la elección racional. La tensión entre los principios de igualdad y de diferencia que involucra la justicia como imparcialidad, no se resuelven al interior del mercado⁵. Y puesto que la ley 100 trata de explicitar los principios de igualdad (régimen contributivo) y de diferencia (régimen subsidiado), podría afirmarse que

la ley conjuga los dos principios de Rawls (1971)⁶. Y, entonces, la noción de “imparcialidad de la contribución financiera” de la OMS podría asimilarse a la idea rawlsiana de justicia como imparcialidad⁷. Pero los dos principios de Rawls no son sectoriales. No pueden leerse desde la perspectiva de una área específica. El principio de igual libertad se puede interpretar, por lo menos, de tres maneras: libertad natural, igualdad liberal e igualdad democrática. Rawls piensa que la justicia como imparcialidad está más cerca de la igualdad democrática⁸.

6 El primer principio es el de la igualdad y el segundo el de la diferencia. Véase, además, Rawls (1957, 1958).

7 “En la justicia como imparcialidad, la posición original de igualdad corresponde al estado de naturaleza en la teoría tradicional del contrato social” (Rawls 1971, p. 29).

“Puesto que el segundo principio (o más bien la primera parte de él) se aplica a formas institucionales, se refiere a las expectativas de individuos representativos. Tal y como lo discutiré más abajo ninguno de los principios se aplica a la distribución de bienes particulares a individuos particulares que puedan ser identificados mediante sus nombres propios. La situación en la cual alguien reflexiona sobre cómo asignar ciertos bienes a personas necesitadas que les son conocidas, no se encuentra dentro del ámbito de los principios: están destinados a regular los acuerdos institucionales básicos” (Rawls 1971, p. 86).

8 “El sistema de libertad natural afirma entonces, que una estructura básica que satisfaga el principio de la eficacia y en la cual los empleos son asequibles para quienes tengan la capacidad y el deseo de obtenerlos, conducirá a una distribución justa. Se piensa que al asignar derechos y deberes de esta manera proporcionará un esquema que distribuya el ingreso y la riqueza, la autoridad y la responsabilidad, de un modo equitativo sea como fuere esta distribución... A esta altura es necesario hacer una breve digresión para explicar el principio de eficacia. Este principio es simplemente el óptimo de Pareto formulado de modo que se aplique a la estructura básica” (Rawls 1971, p. 88).

5 Y esta insuficiencia del mercado es evidente incluso en teóricos relativamente ortodoxos como Vickrey (1945).



Cuadro 1. Solidaridad y equidad

Solidaridad	Equidad
Los pobres tienen más sin que haya ningún efecto claro sobre la distribución del ingreso	Los pobres tienen más y la distribución del ingreso mejora
El sistema de seguridad social es autocontenido desde el punto de vista financiero	El sistema de seguridad social no es autocontenido, y obliga a pensar en recursos provenientes de la renta y la riqueza

El Cuadro 1 presenta de una manera muy esquemática los rasgos que distinguen la solidaridad de la equidad. La primera fila tiene que ver con la distribución y la segunda con la estabilidad financiera del sistema de seguridad social.

Los enunciados de la primera fila apuntan a mostrar que la solidaridad no informa sobre la distribución del ingreso. La mayor solidaridad puede ser perfectamente compatible con un empeoramiento o con un mejoramiento de la distribución. Una mayor solidaridad no tiene por qué reflejarse en una mejor distribución del ingreso. Los nobles y los aristócratas suelen invocar la solidaridad, sin que por ello sientan que sus privilegios están amenazados.

Los comentarios de la segunda fila se refieren a la estabilidad financiera del sistema. La ley 100 supone que la conjunción de los regímenes contributivo y subsidiado es suficiente para garantizar la estabilidad financiera de la seguridad social en salud. Esta apreciación es errada porque para que el sistema sea financieramente estable se requiere introducir la equidad, con lo que se logra un doble propósito. De un lado, se rompe la lógica autocontenida y, del otro, se garantiza la cobertura universal.

Las apreciaciones sobre la lógica autocontenida reconocen que una parte importante de las fuentes de financiación de la salud son

recursos del presupuesto nacional. Así que lo autocontenido no tiene que ver con el origen de los recursos. El sistema es autocontenido porque más allá de la solidaridad no admite preguntas sobre la distribución del ingreso.

La visión autocontenida se rompe porque la equidad obliga a pensar la salud desde una perspectiva que supera el marco del sistema de seguridad social en salud. No se trata de pasar de la solidaridad a la equidad al interior de la lógica del sistema de salud, sino de plantear la pregunta por la equidad desde un horizonte global, en el que adquieren relevancia los aspectos tributarios y distributivos. La equidad no se agota en la esfera de la seguridad social en salud porque lleva a formular preguntas como la progresividad del impuesto, la pertinencia de la reforma agraria, entre otras, que claramente colocan la discusión en un terreno que no es el de la seguridad social en salud. Las limitaciones de un esquema que se pretende autocontenido han sido especialmente notorias en el campo de la salud pública.

Solo si la actual perspectiva se amplía introduciendo la equidad será posible avanzar hacia la cobertura universal. La ley 100 parte de la falsa idea de que la mayor cobertura puede obtenerse a través de los mecanismos contributivo y subsidiado. Pero ello no es cierto porque, tal y como lo estamos observando en la práctica, las

fuentes actuales de recursos no son suficientes.

Se argumenta que en cada etapa del proceso, el intermediario quiere sacarle el mayor fruto posible a los rendimientos financieros y, entonces, se las ingenia para aplazar los giros. La pregunta de fondo es si esta y otras deficiencias del sistema se deben a problemas inherentes a la ley 100 o, más bien, a defectos de su aplicación. Si el problema tiene su origen en la ley, el camino sensato es reformarla. Pero si las dificultades no provienen de la ley sino de la forma como se está aplicando, no habría que cambiarla, sino que bastaría con mejorar los controles, intensificar la vigilancia, etcétera. Aunque lo ideal sería poder diferenciar claramente los niveles de análisis, no queda más remedio que aceptar la existencia de zonas grises porque no siempre se puede señalar con precisión cuál es la relación de causalidad apropiada. A pesar de las dificultades, es posible distinguir tres niveles de análisis: el primero correspondería a la noción de justicia como imparcialidad y sus implicaciones distributivas; el segundo se refiere a los incentivos a la elección, que es uno de los fundamentos constitutivos de lo que podríamos llamar el espíritu de la ley 100; y el tercero tiene que ver con la forma como se aplica la ley.

El pluralismo de Londoño y Frenk (1997) supone que la competencia (pública y privada) está regulada. Los hechos están mostrando que ello no es así. Se ha presentado un proceso de concentración (reducción del número de entidades) y de integración vertical (aseguradoras y prestadoras).

La falta de competencia muestra que hay un problema evidente de regulación. Las aseguradoras están reteniendo los recursos, en promedio, 525 días. La ley 100 no está operando de acuerdo con los presupuestos de

sus diseñadores. Aunque la ley reconoce que la competencia tiene que ser regulada, los problemas que se han presentado en el control se reflejan en una menor competencia.

Pero las limitaciones de la competencia no se explican solamente por las debilidades de la regulación. Aun si el control fuera óptimo, el cumplimiento de las normas puede ser compatible con la concentración del número de intermediarios. La concentración se presenta por dos razones. Primero, porque la reducción del costo está asociada con el aumento de la cobertura por intermediario. Y segundo, porque la competencia obliga a prácticas inconvenientes como la selección adversa, la contratación de las enfermedades complejas con hospitales públicos, la búsqueda del mayor rendimiento financiero, la ampliación de la escala de atención con costos decrecientes, la integración vertical. Los servicios médicos de alta complejidad tienen costos marginales crecientes, que rompen con un esquema competitivo como el propuesto por la ley 100. Otras intervenciones, como las vacunas y los partos tienen costos marginales decrecientes, hasta el punto de que el costo marginal puede ser cercano a cero.

Conclusión

Ultimamente se han intensificado las críticas a la ley 100. La mayoría de los argumentos insisten en los problemas administrativos y en las trabas financieras. Junto con estos temas que sin duda son importantes, debería examinarse un aspecto más sustantivo: las limitaciones de los principios de aseguramiento y solidaridad, y la necesidad de introducir un principio de equidad. La superación de la ley 100 debe pasar por la equidad. Y ello significa que la solución a los problemas de la ley 100 tiene que buscarse



por fuera de la propia norma. La salud debe examinarse desde un horizonte más amplio que el de la propia ley 100. Sin políticas redistributivas no es factible conseguir los

recursos necesarios para financiar la salud. En otras palabras, el futuro de la salud depende de la puesta en práctica de un postulado de equidad.

Referencias bibliográficas

- González, J., 2001. "Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del Informe de la Organización Mundial de la Salud - Año 2000", *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, n. 1, noviembre, p. 39-47.
- Londoño, J.; Frenk J., 1997. "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", *Health Policy*, v. 41, p. 1-36.
- Paine, T., 1776. *Common Sense: The Call to Independence*, Barron's Educational Series, Woodbury, 1975.
- _____, 1796. "Agrarian Justice", en Foner P., 1974, comp. *The Life and Major Writings of Thomas Paine*, Citadel Press, Secaucus, New Jersey, p. 605-623.
- Rawls, J., 1957. "I. Justice as Fairness", *Journal of Philosophy*, v. 54, n. 22, october, p. 653-662.
- _____, 1958. "Justice as Fairness", *Philosophical Review*, v. 67, n. 2, April, p. 164-194. Reproducido en Freeman S., 1999, ed. John Rawls, *Collected Papers*, Harvard University Press, Cambridge, p. 47-72. Reproducido como "Justicia como equidad", en Rawls J., 1986, *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*, Tecnos, Madrid, p. 18-39.
- _____, 1971. *Teoría de la justicia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1985.
- Van Parijs, P., 1994. "Au delà de la solidarité. Les fondements éthiques de l'état-providence et de son dépassement", *Futuribles*, n. 184, febrero, p. 5-29, reproducido como "Más allá de la solidaridad. Los fundamentos éticos del Estado del bienestar y su superación", en *Contra de la exclusión. La propuesta del ingreso comunitario*, CIEPP, Niño y Dávila, Buenos Aires, 1995, p. 55-82.
- Varian, H., 1974. "Equity, Envy and Efficiency", *Journal of Economic Theory*, v. 9, p. 63-91.
- Vickrey, W., 1945. "Measuring Marginal Utility by Reactions to Risk", *Econometrica*, v. 13, n. 4, October, pp. 319-333, reproducido en Arnott R.; Arrow; K.; Atkinson A.; Dreze J.; 1994, ed. *Public Economics. Selected Papers by William Vickrey*, Cambridge University Press, Cambridge, p. 15-28.
- World Health Organization, WHO, 2000. *The World Health Report 2000, Health Systems, Improving Performance*, World Health Organization, Ginebra.