

## La Economía de la Salud a partir de Kenneth Arrow: aplicaciones para el análisis del sistema de salud

### El mercado competitivo y los fallos de mercado en salud



	Precondiciones que garantizan la eficiencia (Kenneth Arrow)	Características del mercado competitivo	Fallos de mercado atribuidos al sector salud
Teoremas fundamentales del bienestar	Existencia del equilibrio competitivo	Información perfecta	→ Asimetrías e información imperfecta
		Bienes privados	→ Bienes públicos
		No hay barreras de entrada	→ Barreras a la entrada, titulación profesional y señalización, etc.
		Producto homogéneo	→ Producto heterogéneo
	Comerciabilidad de bienes	Mercados completos	→ Mercados incompletos
		No externalidades	→ Restricciones sociales y externalidades
		Vector de precios que equilibra todos los mercados	→ Imposibilidad de exigir el precio adecuado (enfermedades contagiosas)
	No rendimientos crecientes	Rendimientos constantes	→ Rendimientos crecientes
		Libre formación de precios	→ Discriminación de precios

**Figura 1. El mercado competitivo y los fallos de mercado en salud**

Fuente: Elaboración del GES (2023), con base en datos de Restrepo y Rojas (2016).

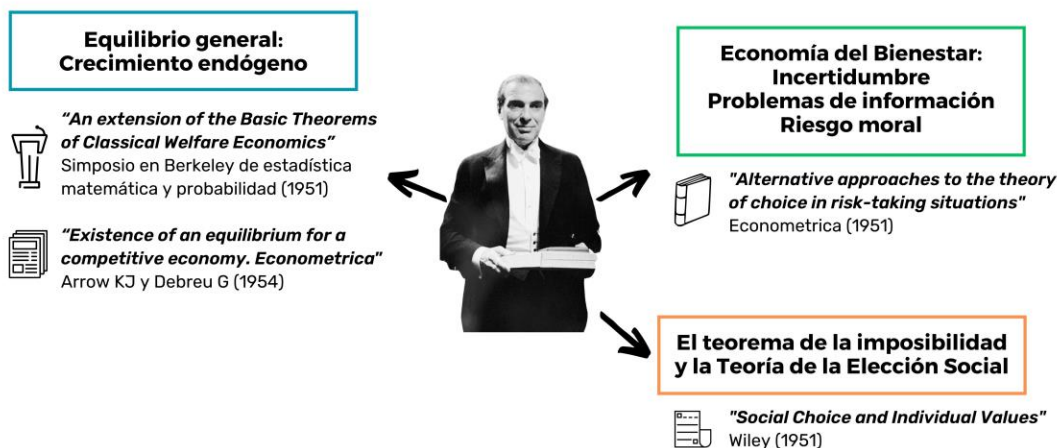
El Grupo Economía de la Salud (GES) ha propuesto conmemorar los sesenta años del artículo de Kenneth Arrow “Uncertainty and the welfare economics of medical care” (Arrow, 1963; Restrepo y Rojas, 2016), considerado como el artículo fundacional de la Economía de la Salud. Aunque el artículo fue elaborado en torno a las reflexiones sobre el sector salud, en un contexto histórico marcado por la construcción de la teoría del capital humano y el desarrollo de los mercados de servicios y del seguro de salud en Estados Unidos, la contribución de Arrow está inspirada en el tema del bienestar, punto crucial en la formación de los economistas y en el análisis de políticas públicas. Arrow aportó al entendimiento de la divergencia entre el funcionamiento ideal del mercado y el comportamiento real del mismo.

Para iniciar la conmemoración sobre el artículo de Arrow, entre el 13 y el 16 de junio de 2023 el GES realizó un curso de inmersión enmarcado en el concurso de investigación Kenneth Arrow 2023. Se contó con la participación de expertos que compartieron sus investigaciones y análisis vinculados con los postulados de Arrow, principalmente en los temas: **mercados e información** (incertidumbre, fallas en la competencia, asimetrías de información, riesgo moral y problemas de agencia); **riesgos o el seguro de salud** (aseguramiento en salud, limitaciones de cobertura, problemas residuales de información y relaciones entre los agentes del sector que tienen implicaciones en el acceso, calidad y costo de los servicios de salud), e **Instituciones y normas sociales** (la incidencia de la relación entre los agentes y los mecanismos de regulación existentes).



## La obra de Arrow y sus contribuciones

Publicaciones al inicio de su carrera, hitos en la economía neoclásica en el s. XX:



Kenneth Arrow recibió el Premio Nobel de Economía en Estocolmo en 1972. Tomado de The New York Times, edición de febrero 21 de 2017.

**Figura 2. La obra de Arrow y sus contribuciones a la teoría económica**

Fuente: Elaboración del GES (2023), con base en datos de Restrepo (2023).

### Estado y mercado

**William Savedoff** (Director de Social Insight, Maine, USA) se refirió al rol del mercado y del Estado en el sistema de salud, y para ello partió de preguntar qué prima o importa más en salud, ¿el mercado o el gobierno, o si priman más las decisiones individuales o las colectivas? Para Savedoff, responder estas preguntas debe considerar las decisiones que diferentes actores toman y que inciden en el desarrollo de los sistemas de salud.

Los principales actores son: gobierno y reguladores, proveedores de los servicios más básicos (servicios de alimentación, uniformes, lavandería), proveedores de medicamentos y dispositivos médicos, proveedores de atención médica, pagadores o compradores, y los pacientes y la población en general.

En medio de las relaciones entre los agentes que conforman un sistema de salud, o los mercados de salud, se presentan algunas fallas del mercado y por ello conviene reconocer soluciones pragmáticas que, aunque no sean perfectas, pueden servir al interés público. Por ejemplo, la promoción de medicamentos genéricos, los

planes de seguros de salud estandarizados y la prohibición de pagos a médicos por parte de empresas farmacéuticas y proveedores.

Pero también debe tenerse en cuenta que, a pesar de la intervención y regulación gubernamental, el Estado también puede presentar fallas; por ejemplo, los intereses propios de la burocracia, la rendición de cuentas débil, los procedimientos gubernamentales engorrosos o la corrupción.

**Catalina Henao**, de la Delegatura para la Protección de la Competencia de la Superintendencia de Industria y Comercio, se refirió a los aspectos regulatorios de la competencia en el sector salud. Como especialista en los temas regulatorios resaltó que en Colombia existe la libre competencia como derecho colectivo, pero el Estado interviene para evitar que se produzcan estructuras de mercado que eliminen o reduzcan el bienestar social. Según Herrera et al (2022), las herramientas utilizadas para proteger la libre competencia consisten en: control previo de las integraciones, abogacía de la competencia y las investigaciones de prácticas comerciales restrictivas de la competencia y abusos de posición dominante.

Estas herramientas resultan ser mecanismos idóneos para asignar de manera eficiente los recursos del sector salud y proteger la libre competencia.

Por ejemplo, la Superintendencia evalúa las posibles integraciones empresariales de un mercado y decide si autorizar o no esas integraciones, dependiendo si puede o no generar una distorsión en la organización industrial del mercado. La herramienta de abogacía de la competencia, cuya función es preventiva, reconoce que el Estado muchas veces a través de la misma regulación, puede introducir fallas en el mercado.

La abogacía de la competencia se pregunta entonces: ¿la regulación limita la capacidad de las empresas para competir en uno o varios mercados relacionados? Y, ¿la regulación limita el número o variedad de las empresas en uno o varios mercados relacionados?



## Mercados e información

**Sergio Prada**, Subdirector de Investigación e Innovación de la Fundación Valle del Lili, explicó la naturaleza de la demanda de los servicios de salud. Principalmente llamó la atención sobre la demanda y la utilidad marginal de la atención en salud, considerando que la salud es un bien de inversión que se deprecia con el paso de los años.

Por lo cual, es necesario comprender que la compra de servicios de salud por parte del consumidor es una “demanda derivada”, es decir, el consumidor no deriva utilidad “directa” de visitar al médico sino de la salud resultante de esa visita.

También se mencionaron los factores económicos que influyen en la demanda de servicios de salud, como el ingreso, los bienes complementarios y los sustitutos. Además, los gastos de bolsillo, el costo del tiempo, el ingreso, los factores culturales y sociodemográficos, también influyen en la demanda.

**Ligia Melo**, investigadora del Banco de la República, compartió los análisis del estudio: Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia (Crispin et al, 2023).

La medición de la eficiencia en empresas de salud en Colombia, particularmente sobre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). El sistema de salud enfrenta presiones financieras debido a diferentes riesgos que afectan el sector y su sostenibilidad. Un ejemplo de esto es la adopción de nuevas tecnologías médicas, la informalidad en el mercado laboral que no cotiza al sistema, y el envejecimiento de la población.

Para afrontar estos riesgos podrían considerarse mejoras en la eficiencia de los recursos del sistema, como una opción que ayuda a reducir las presiones sobre el gasto público. La investigadora presentó un análisis sobre la eficiencia de las EPS y las IPS, a partir de técnicas de frontera estocástica y de análisis de la solidez financiera y gerencial de estas entidades, mediante el método CAMEL.

Por su parte, **Jesús Botero**, Vicerrector de Extensión de la Universidad de Medellín, compartió los resultados de su estudio de 2021 *Evaluación del sistema de salud colombiano: una revisión en el marco de la Ley Estatutaria de Salud de 2015* (Botero et al, 2021).

En el equilibrio competitivo se logra una asignación eficiente en el sentido de Pareto, pero no se puede garantizar una distribución justa. Para corregir la distribución injusta, siguiendo a Arrow es mejor estrategia cambiar la distribución inicial en lugar de interferir con el proceso de asignación en una etapa posterior.

Esto indica que existe una necesidad irreductible de una elección social o colectiva sobre la distribución que a la vez aduce a la necesidad de un análisis normativo y descriptivo de la toma de decisiones colectiva. Se requiere en consecuencia de un diseño cuidadoso del sistema, que agrupe riesgos, genere incentivos adecuados y propicie la eficiencia.

Sin embargo, Botero anota que a veces se presenta la relación entre eficiencia y equidad como un dilema en el que hay que escoger. Pero quizás ese no sea el problema, ya que los mercados debidamente regulados, representan la mejor oportunidad de alcanzar un uso eficiente de recursos escasos y tal uso eficiente es un elemento para alcanzar un sistema equitativo.



## El seguro de salud

En la lectura del artículo de Arrow y de la agenda académica sobre Economía de la Salud cobra relevancia el tema del seguro de salud. Sobre el particular, **Sara Atehortúa**, profesora de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia e integrante del GES, se refirió a la investigación Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia (Atehortúa y Palacio, 2015). Sobre el tema cuestionó si en realidad existe una teoría ideal del seguro de salud.

De manera que se debe comprender que: i) los individuos tienen preferencias respecto a diferentes planes de consumo contingente; ii) al individuo lo que le interesa es el valor esperado de la utilidad de los ingresos, más aún de los ingresos después de los gastos médicos.

Atehortúa señala que debemos preguntarnos por la ganancia social que trae la existencia de los seguros médicos, y que esta ganancia social no genere pérdida social para el asegurador. Sin embargo, hay una serie de limitaciones prácticas significativas en el uso de seguros debido a las fallas del mercado, como el riesgo moral, los métodos alternativos de pagos de seguros, el control de terceros sobre los pagos, y los costos administrativos.

En conclusión, no es posible pensar desde la teoría neoclásica estándar en un seguro de salud ideal. Los fallos de mercado en los seguros de salud brindan un importante paradigma bajo el cual debemos estudiar el seguro de salud.

También los seguros de salud (públicos o privados) son una alternativa para la provisión de los servicios de salud. y el diseño de mecanismos y de incentivos adecuados bajo esta alternativa de aseguramiento es clave en el quehacer de los economistas.

Sobre el mismo tema de los seguros expuso **Paul Rodríguez**, profesor de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario, quien resaltó su investigación *Elasticidad precio de la demanda para planes voluntarios de salud de Colombia* (Casablanca et al, 2021).

También comentó que el mundo ideal no existe. En particular, los seguros se enfrentan a dos grandes retos: el referido al riesgo moral *ex ante* (decisión de cuidar menos la salud porque se está asegurado) y el riesgo moral *ex post* (decisión de consumir los procedimientos cubiertos por el seguro cuando no se consumirían si el individuo pagara de manera particular); a esto se suma la selección de riesgos, en donde no es posible contratar en el riesgo real de cada persona.

Es por ello por lo que se deben diseñar los seguros con información detallada del afiliado y crear mecanismos que sensibilicen la demanda, pero lo mencionado anteriormente podría generar exclusión de las personas más pobres y las más riesgosas, y crear seguros 'baratos' que tienen coberturas malas y generan alto gasto de bolsillo.

**Jaime Ramírez**, profesor del Instituto de Salud Pública de la Universidad Javeriana, explicó que bienes como la salud necesitan una relación jurídica basada en la ley, ya que no son mercancías, sino relaciones políticas y económicas que determinan que se vuelven mercancías ficticias. Por lo cual, en el sistema de salud hay una relación de rectoría y regulación constitucional (leyes y sentencias, basadas en la obligatoriedad), además de la tributación y las cotizaciones obligatorias.

La tributación con representación de la ciudadanía representa una forma natural de los derechos, esto se trata de una relación central entre el sistema y la población que debe reflejarse sobre la relación Estado - ciudadanía.

Los derechos deben ser entendidos en el sentido amplio como derechos sociales, más allá de servicios individuales o de lo que se requiere o necesita en la relación entre el médico y el paciente y las libertades políticas.

Entonces, si tenemos reglas de diferente naturaleza, los derechos fundamentales tratan de convivir con algunos servicios del sistema. Hay formas de apropiación de los derechos (cotización), pero hay desigualdades.



## Instituciones y normas sociales

**Ramon Abel Castaño**, consultor en sistemas de salud, se refirió a los problemas de agencia médica e instituciones de no-mercado, señalando que la incertidumbre en estos temas está relacionada principalmente con situaciones o fenómenos como los siguientes:

- No se entienden a cabalidad las bases fisicoquímicas y fisiopatológicas de los procesos de una condición médica.
- No se entienden a cabalidad todas las formas de intervenirlas para evitar la enfermedad o para modificar su curso.
- Los estudios clínicos tienen limitaciones prácticas, por las restricciones mismas del método científico, que no permiten su aplicación exacta a un paciente individual.
- Fallas de diseño, de interpretación, de reporte y de publicación que se observan en las publicaciones científicas.
- Etapas tempranas de la enfermedad.

Interacción con asimetría de información: donde hay incertidumbre, la información o el conocimiento se convierten en commodities.

Es por estas fallas que debe existir una función de agencia y autonomía sobre la profesión médica y el profesionalismo. Eso sí, comprendiendo cómo se establecen los mecanismos de decisión en la profesión médica, el impacto y la calidad de las decisiones, el impacto en los costos, y qué proporción de la práctica médica es altamente estandarizable y qué proporción no lo es.

## Consideraciones sobre la reforma al sistema de salud

A partir de los aportes intelectuales que se desprenden del artículo de Arrow y del desarrollo de la Economía de la Salud, se plantea entonces la discusión sobre reforma al sistema de salud en Colombia.

Para dar un contexto a la discusión del proyecto gubernamental, **Gabriel Jaime Guarín**, profesor de la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB) y asesor en redes de servicios de salud de la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN), trajo a colación algunas reflexiones sobre la reglamentación del sistema de salud.

Principalmente, en más de 30 años del sistema de salud es necesario considerar que existen reglas superpuestas, que hay una sobreproducción normativa, una fatiga normativa.

Lo anterior conduce a la pregunta: ¿cómo se formulan esas reglas y por qué unas normas se aplican y otras no? La respuesta está en comprender cuál es el diseño institucional del sistema de salud y cuál debería ser el adecuado.

La confusión normativa y la incertidumbre desembocan no solo en una crisis regulatoria, sino que alimenta la desconfianza entre los actores del sistema. Una solución a esta crisis regulatoria es pensar en reglas que pueden ser informales, las que pueden acarrear arreglos y que no son formales.

Se dan pactos, alianzas y códigos de forma verbal o escrita. Se usa en micro territorios basado en comunicación cercana. Su sanción es convenida socialmente por las propias personas implicadas y se pueden dejar de usar o se pueden restituir. Un atributo importante de estas reglas es que construyan confianza.

Guarín dio a conocer el uso de las reglas informales en los ambientes del sector salud, los datos presentados fueron producto del estudio: La salud tiene arreglo: las reglas informales y su uso en un ambiente hospitalario: aproximación a su comprensión desde el institucionalismo (Guarín, 2021).

Algunas reglas mencionadas por actores encuestados fueron:

- *“La articulación con actores del sistema depende de la creatividad, liderazgo y las capacidades de concretar para actuar”.*
- *“No nos une la confianza, sino el fantasma de la crisis. Pueden surgir ejemplos de auto organización, como la red de servicios de Bogotá formando rutas integrales, no por la fuerza, sino con procesos de creatividad e innovación”.*

- *“En ambientes hospitalarios, las reglas informales están reflejando el estilo de liderazgo, son muy fluidas y flexibles y permiten el cambio fácilmente”.*
- *“Es difícil que los prestadores de salud desarrollen este tipo de reglas informales si no se cambian los incentivos actuales del sistema”.*
- Fortalecer los sistemas de información en salud es una buena apuesta, pero no se debe pensar en la información solo por tenerla y almacenar datos, sino que se debe desarrollar un uso que le aporte al sistema y que opere de manera sistémica, por ejemplo, que los datos sirvan como modelo predictivo. Además, los sistemas de información son costosos y conllevan largo tiempo.

En resumen, existen unas reglas autorreguladas que son de alternancia y complemento de los sistemas formales o de ley. Hay que buscar y seguir con espacios de discusión, aprendizaje y divulgación, teniendo en cuenta que la recursividad y el deseo de resolver problemas son motores de los micro acuerdos. Es conveniente superar el imaginario de creer que con las reglas formales se resuelve todo.

En la discusión adelantada sobre la reforma que discute el Congreso de la República (proyecto de ley 339 de 2023), Guarín, Prada y Castaño plantearon los siguientes aspectos generales:

- La reforma podría traer algunos problemas de agencia. Se necesita un control interno, que podría hacerse mediante consenso entre médicos y autorregulación para la prescripción, y para esto no se necesita reforma. Se necesitan controles sobre los profesionales de la salud, pero es mejor un control entre pares.
- La promoción y la prevención no resuelven la sostenibilidad financiera del sistema, simplemente liberan recursos para gastarlo en otras necesidades. En todos los sistemas de salud siempre existen necesidades superiores a los recursos. Eso sí, la promoción y la prevención generan un mejor capital humano, pues una sociedad sana produce más.
- El sistema actual no resuelve las necesidades de salud en las zonas rurales pues se trata de un mercado donde escasean los oferentes, entonces es válido pensar en una alternativa, pero esto se puede hacer sin reforma y se puede unir la alta tecnología con la atención primaria en las zonas apartadas. Un buen ejemplo es formar el talento humano en respuestas resolutivas, como lo hace el “hospital padrino”, programa de la Fundación Valle del Lili dirigido a comunidades del Pacífico.

Sobre la pregunta **¿Qué tanto la reforma ayudaría a la sostenibilidad financiera?**, principalmente se opinó que:

- Podría darse un incremento de los seguros privados, lo que resulta un desafío dada las asimetrías de información que se dan en este tipo de mercados; por ejemplo, si se desconoce el riesgo individual en salud, ¿cuál sería el seguro que más se ajusta a la situación particular? Se comprarían seguro con información engañosa y se dispararía el gasto de bolsillo, que probablemente llevaría a gasto catastrófico.
- El sistema podría entrar en crisis financiera, entonces el dinero se agota y no se va a tener atención por algunos días. Si se acaba el dinero, la ADRES tendría que estar moviendo recursos para cubrir la escasez, pero igual llegaría un punto en el cual ya no se podría pagar y entonces el prestador ya no prestaría servicios al sistema público sino al privado y aquí se aumentaría el gasto de bolsillo, lo que conlleva a un retroceso en la equidad, el financiamiento y sostenibilidad financiera.

En cuanto al sistema de **referencia y contrarreferencia**,

- Es difícil conectar el cerebro de un médico A con el de un médico B. La referencia y contrarreferencia no se trata solo de sistemas de información sino de conectar los médicos y que tomen decisiones de manera coordinada para el mejor término o tratamiento de enfermedad del paciente.
- Cuando un paciente ya no hace parte de la atención primaria sino de mediana y alta complejidad, normalmente los médicos se desconectan. Así que las gestoras de salud y los entes territoriales pueden presentar duplicidad de funciones.

**Cuadro.** Preguntas derivadas del artículo de Arrow para el contexto colombiano

Riesgos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cómo podría ajustarse la metodología de cálculo de la UPC para aproximarse a una prima de seguro ideal?</li> <li>▪ ¿Cuál es el impacto económico al sistema de salud, la detección temprana del cáncer en las mujeres?</li> <li>▪ ¿Cómo influye el dictamen del revisor fiscal de EPS que presentaron situaciones de escándalos corporativos en Colombia?</li> <li>▪ ¿Constituye el cuidado no remunerado una externalidad positiva sobre la salud infantil y el envejecimiento saludable?</li> </ul>
Mercados e información
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ El papel de la información asimétrica y sus efectos en el mercado de servicios de salud en Colombia: un análisis de selección adversa y riesgo moral en el tratamiento de la Hemofilia.</li> <li>▪ ¿Cuáles son las barreras de entrada que enfrentan los estudiantes interesados en estudiar especialidades médicas y el impacto de estas en el acceso a la educación en Colombia?</li> <li>▪ ¿Cuál es el rol de los agentes públicos y privados en la provisión de medicamentos antirretrovirales para personas con VIH positivo en Colombia?</li> <li>▪ ¿Cómo pueden los incentivos para la prescripción de medicamentos y los mecanismos de evaluación del desempeño de los proveedores, mejorar la calidad de los servicios de salud en Colombia?</li> <li>▪ ¿Cómo en Colombia, a través de la economía del comportamiento, se pueden incentivar hábitos saludables para la prevención de enfermedades no transmisibles y qué impactos pueden tener estos cambios sobre el sistema de salud?</li> <li>▪ ¿De qué manera la prevención del VIH/SIDA en la población de Medellín impacta en la demanda de servicios médicos del sistema de salud de Colombia?</li> <li>▪ ¿Cuáles son los condicionantes socioeconómicos que limitan el acceso a la salud mental en Antioquia?</li> </ul>
Instituciones y normas sociales
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ¿Cuál ha sido el papel del Estado y de los distintos actores privados en la provisión de servicios de ambulancias y camas frente a los estándares internacionales en Colombia entre los años 2017 y 2020?</li> <li>▪ ¿En qué medida los factores ambientales afectan los costos del sistema de salud pública?</li> <li>▪ ¿Cuál es el impacto del acceso a la atención médica y la calidad de los servicios de salud en el bienestar general de los reclusos en el sistema penitenciario de Colombia?</li> <li>▪ ¿Cuáles son los factores no económicos más relevantes que deben considerarse al formular políticas públicas efectivas en el campo de la salud, a la luz de la teoría económica de Kenneth Arrow?</li> <li>▪ Validez de la obra de Arrow en la actualidad, queriendo encontrar bien sea diferencias y/o similitudes entre ambos escenarios, analizar las causas e intentar describir los fenómenos que las generan.</li> <li>▪ ¿Cuáles son los factores y consecuencias que influyen en la percepción que tienen los colombianos del sistema de salud?</li> <li>▪ Reconocer la importancia y analizar los efectos que tendría el suministro público de anticonceptivos en Colombia, a nivel económico y social, para satisfacer las necesidades de los consumidores.</li> <li>▪ Las repercusiones que ha tenido el ofrecimiento de los servicios de salud en los últimos años, respecto a eficacia en el servicio en sí y la transparencia en su información.</li> <li>▪ ¿Cuáles son los conocimientos que tiene la población rural antioqueña sobre el sistema de salud actual en comparación con la población urbana?</li> </ul>

Estas preguntas fueron realizadas por los estudiantes de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia que participaron en el curso de inmersión, como parte del concurso de investigación Kenneth Arrow 2023, entre el 13 y el 16 de junio de 2023.

Por último, **¿puede tener costos de transacción menores al suponer que en el mundo integrado disminuye la incertidumbre de los costos o su varianza?, ¿cómo se da este escenario en nuestro sistema?**

- La integración vertical es un estadio evolutivo de cualquier industria. En las industrias jóvenes, todavía la cadena o los eslabones de la cadena no han evolucionado para estar ahí. La mejor manera de minimizar los costos de transacción es controlar toda la cadena en la medida que cada vez va madurando la industria. La forma de minimizar los costos de transacción puede ser varias, la transacción vertical no es la única.
- En el caso de la salud hay asimetría de información y no es posible saber si existe integración vertical que genera eficiencia. Es difícil que el público general identifique la integración vertical de la EPS A con el hospital B si es virtuosa o no. No hay cómo saberlo.
- Es muy importante volver o regresar al principio fundamental del rol del médico en la función de agencia perfecta, con control entre pares para reducir esos problemas de agencia.

## Referencias

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care, *The American Economic Review*, LIII(5), pp. 941-973.

Atehortúa Becerra, S. y Palacio Mejía, L. (2015). Impacto del seguro subsidiado en el acceso y el uso de servicios de salud: el caso de Medellín, Colombia. *Lecturas de Economía* (82), pp 159-188.

Botero, J.A., Gaspar-Medina, D., Arellano-Morales, M., Echeverri-Durán, C. (2021). Evaluación del sistema de salud colombiano: una revisión en el marco de la Ley Estatutaria en Salud de 2015.

Casabianca González, M. S., Gallego Acevedo, J. M., Góngora Salazar, P., y Rodríguez Lesmes, P. (2021). Elasticidad precio de la demanda para planes voluntarios de salud de Colombia. *Serie documentos de trabajo* (No. 268). Universidad del Rosario. <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/0a764a89-b2cc-40be-af3c-3c7a6661f6d6/content>

Castaño Yepes, R.A. (2023). *Reforma a la salud. ¿Sí o no?* Health Care Consulting Services International SAS.

Crispin Fory, C., Melo Becerra, L.A., Restrepo Tobón, D.A., Vásquez Escobar, D. (2023). Eficiencia y solidez financiera de las Instituciones prestadoras de Servicio de Salud (IPS) en Colombia. *Borradores de Economía*, (1248), pp. 1-32. <https://investiga.banrep.gov.co/es/be-1248>

Guarín Alzate, G. J. (2021). La salud tiene arreglo: las reglas informales y su uso en un ambiente hospitalario: aproximación a su comprensión desde el institucionalismo (tesis doctoral, Universidad EAFIT).

Herrera Saavedra, J.P., Pérez Herrán, A.M. y Henao Correa, C. (2022). La libre competencia y la agenda económica del actual gobierno colombiano. *Revista de Economía Institucional*, 25, 48 (dic. 2022), pp. 177-191.

Prada Ríos, S. (2022). Eficiencia en organizaciones prestadoras de servicios de salud: ilustración de casos en el contexto colombiano. *Revista de Salud Pública*, 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103167>

Restrepo Zea, J. H., & Rojas López, K. K. (2016). La génesis de la Economía de la Salud en Kenneth Arrow (1963). *Lecturas de Economía*, (84), pp. 209-242.

Restrepo Zea, J.H., Agudelo Calderón, C., Peñaloza Quintero, E., García Ubaque, J. C. y Arias Monsalve, N. (2023). ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Resumen del seminario permanente 2022, Apuntes de Gestión y Políticas Públicas, núm. 11. [https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/02/La-reforma-en-salud-que-Colombia-necesita\\_Resumen.pdf](https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/02/La-reforma-en-salud-que-Colombia-necesita_Resumen.pdf).

### Información de contacto

Email: [grupoges@udea.edu.co](mailto:grupoges@udea.edu.co); [www.gesudea.co](http://www.gesudea.co)

### Este boletín fue elaborado por:

Natalia Arias, Nataly Matiz y Jairo Humberto Restrepo.

### Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo y Natalia Arias.

*Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.*