

**La sinfonía incompleta:
La reforma al Sistema de Salud de Colombia**

Chernichovsky, Dov

Universidad Ben Gurión del Néguev, Israel

Guerrero, Ramiro

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud -- PROESA

Martínez, Gabriel

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Los autores agradecen a la Conferencia Inter-Americana de Seguridad Social, con base en México, por iniciar este informe y al Banco Mundial por su apoyo al Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA). El contenido y puntos de vista aquí expresados son de la responsabilidad exclusiva de los autores.

Resumen Ejecutivo

Con la entrada en vigor de la Ley 100 de 1993 (La Ley), Colombia emprendió una audaz y ambiciosa reforma de su sistema de salud. A pesar de los desafíos administrativos, políticos y económicos que esto implicaba, el país adoptó el modelo de competencia regulada del Paradigma Emergente (PE) de los sistemas de salud modernos. La implementación de esta reforma, originalmente proyectada para culminar en el año 2002, está incompleta. Esto ha dado como resultado un sistema de salud segregado, que comprende dos grandes regímenes: El Régimen Contributivo (RC) que cubre el 40 por ciento de la población (2009) en la economía formal, y el Régimen Subsidiado (RS) que cubre a un 53 por ciento de la población perteneciente a una economía más pobre e informal. Los miembros del RC tienen acceso a un paquete de beneficios estipulado por la Ley: El *Plan Obligatorio de Salud*- POS, mientras que los miembros del RS tienen derecho a un paquete de menores beneficios. De igual forma, ambos regímenes son incompatibles a nivel administrativo debido a que el RC tiene una estructura nacional descentralizada en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que compiten entre sí y el RS posee una estructura departamental (provincial), descentralizada en las autoridades locales. Esta economía política refleja y refuerza las disparidades del acceso a los servicios de salud, así como las ineficiencias que pueden ayudar a explicar por qué en algunos indicadores de salud, Colombia está relativamente por debajo de otros países.

A pesar de los desafíos implícitos, Colombia cuenta con un diseño creíble y visionario del modelo. .Por un lado, el POS no es un paquete para los pobres (como por ejemplo el *Medicaid* de Estados Unidos). Por lo tanto, si el modelo colombiano se implementa cuidadosamente, puede prometer más en el largo plazo, que el de aquellos países que pueden superar a Colombia, en materia de salud en la actualidad. La creación de un sistema de salud nacional integrado, en donde todos compartan el POS—lo cual es opuesto a la

igualdad del POS en ambos regímenes--, es la piedra angular para un sistema integrado acorde a los lineamientos del PE y la Ley 100.

La igualdad de derecho – no la integración del sistema—se ha de lograr en 2012. No obstante, el desafío aun es enorme y la credibilidad del estado está en juego, al seguir una serie de leyes evidentemente no implementables, pero constituidas como si estas pudieran sustituir la legislación.

El POS unificado y un sistema integrado estarán marcados también por una institución financiera – una entidad financiera actual reformada del CR: El Fondo de Seguridad Social y Garantía – FOSYGA --, el cual integraría los aportes obligatorios, incluyendo los impuestos y los distribuiría, mediante un mecanismo modificado, de distribución universal, ajustado al riesgo y utilizado en el CR: Unidad de Pago por Capitación – UPC --. Estas instituciones pueden representar un sistema de salud más eficiente y más equitativo que el sistema actual semi-reformado.

La integración inteligente de los recursos es una tarea enorme que debe ser planeada y administrada cuidadosamente para que ésta sea realista, sostenible y políticamente creíble. Colombia gasta aproximadamente un 8 por ciento de su producto en salud, del cual un 70 por ciento es de naturaleza pública.. Estas cifras son semejantes a las de otras naciones desarrolladas, que poseen sistemas de salud integrados completamente. En consecuencia, la sostenibilidad financiera del sistema representa otro desafío, en vista de la costosa integración del sistema y no menos, por los fallos en el mecanismo de control de costos, representados en los comités de excepción (Comités Técnicos Científicos –CTC-) y los mandatos de la Corte (*tutelas*) que autorizan servicios no incluidos en el POS, con terribles consecuencias financieras. Para ser sostenible en el largo plazo, el crecimiento del sistema de salud colombiano debe estar alineado con el crecimiento del producto interno bruto en aproximadamente un dos (2) al cuatro (4) por ciento anual, y beneficiarse de los excedentes en eficiencia, que pueden seguir al concluirse la reforma. Esto significa que, mantener el margen financiero del 8 por ciento

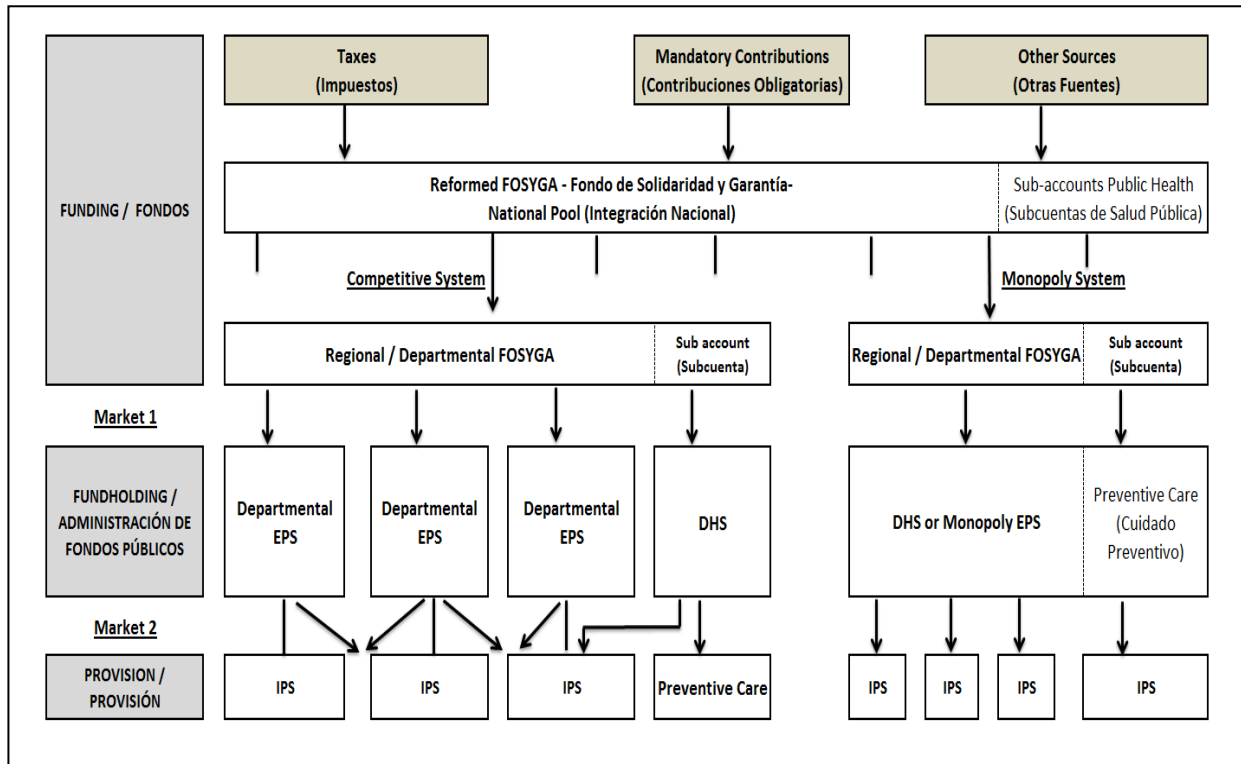
del PIB, mientras aumenta la contribución pública al 80 por ciento, sugiere una reforma y “conversión” de fondos privados en públicos. Todos los recursos públicos adicionales, después de cambiar la combinación de fondos público-privados y crecimiento del producto, serán dirigidos probablemente a igualar el paquete de beneficios del RS, al del POS contributivo, en un sistema integrado completamente. Las presiones para incrementar el POS, incluyendo los fallos de la Corte, pueden ser mitigados potencialmente, por un seguro privado regulado al mismo nivel.

Colombia puede necesitar, reconsiderar el modelo de competencia regulada en las áreas marginales, donde es probable que el modelo no competitivo sea más eficiente y equitativo, que el modelo competitivo. Por las mismas razones, Colombia podría confiar promoción de la salud y atención preventiva a las autoridades locales o a otras entidades territoriales y simultáneamente, delegar todos los cuidados terapéuticos a las EPS, en lugares donde estas sean viables. Además, considerar cuidadosamente las opciones para la integración vertical entre las EPS y los prestadores y posiblemente no permitir esta integración. Los asuntos incluyen la viabilidad financiera de cada institución, mientras se fomenta el costo marginal y asegurando al máximo la competencia y elección en el sistema.

En general, Colombia aún necesita llegar a acuerdos, sobre el concepto de que la competencia administrada es una competencia regulada cuidadosamente. El país tiene una regulación incompleta para soportar la competencia regulada, relacionada con varios problemas claves: los precios de los insumos médicos, la calidad de la atención y el servicio y la administración de las EPS, para reflejar el hecho de que estos aspectos forman parte de los objetivos del estado y utilizan fondos públicos.

El sistema colombiano totalmente reformado debe apreciarse como se ilustra en la siguiente Figura, la cual está unificada pero regionalizada y adaptada, por funcionalidad en las diferentes regiones- a ambos modelos competitivo y no competitivo.

Estructura del Sistema de Salud Colombiano Completamente Reformado



a. Leyenda:

- i. EPS – Entidades Promotoras de Salud – Plans (e.g. Organizaciones Para el Mantenimiento de la Salud)
- ii. IPS – Instituciones Prestadoras de Servicios – Medical Care Providers.
- iii. DHS – Autoridad de Servicios de Salud – Departamental Health Service (Autoridad Independiente)

Contenido

1. Introducción	8
2. Los principios del paradigma emergente y la Ley 100.....	11
3. El Sistema de Salud de Colombia – Visión General.....	14
a. Beneficios y cobertura	14
b. Financiamiento y Organización del Sistema.....	16
c. Financiamiento de la atención a la salud	17
4. Modelo de administración de fondos públicos (Fund-holding).....	20
5. Prestación de los servicios de salud.....	20
6. Dirección y regulación	21
7. Los principales desafíos	21
8. La Cobertura Universal y el POS.....	26
a. Las brechas en la Cobertura.....	26
b. Integración del Régimen Excluido (RE)	29
c. Integración del Régimen Privilegiado.....	29
d. El POS universal.....	30
e. El desafío de la unificación del POS.....	32
f. El reto de los recursos reales.....	35
9. Financiamiento sostenible de la atención a la salud.....	37
a. Recaudo universal e integrado de recursos.....	37
b. Financiación adicional al POS	38
c. Creación del fondo común de recursos públicos	38
d. El mecanismo de asignación (UPC)	39

e.	Aseguramiento privado.....	40
10.	Organización y administración del Sistema de Salud — la perspectiva de “La administración de fondos públicos ”	41
a.	Resolviendo el estancamiento la descentralización nacional	41
b.	La descentralización en el sistema de salud.....	42
c.	Administración de fondos públicos funcional	43
d.	Atención preventiva y promoción de la salud (APPS).....	47
e.	Integración vertical de la administración de fondos públicos y la prestación de servicios.....	49
11.	Dirección y regulación.....	52
a.	El mercado de insumos médicos	52
b.	Calidad del servicio y de la atención a la salud	52
c.	Gobierno de las EPS.....	53
d.	Dirección.....	54
12.	El sistema reformado	55
13.	Referencias.....	57

La Sinfonía incompleta: La reforma al Sistema de Salud de Colombia¹

**Chernichovsky, Dov
Guerrero, Ramiro
Martínez, Gabriel**

1. Introducción

Con la entrada en vigor de la *Ley 100* de 1993 (en lo sucesivo, la *Ley*) (Congreso de la República de Colombia [CRC], 1993b), Colombia emprendió una audaz y visionaria reforma de su sistema de salud.

El país -- con una población de aproximadamente 46.3 millones de habitantes (2010)² y una superficie de 2,070,408 Km²³-- acogió las metas, los objetivos cercanos y los principios de organización y financiamiento del paradigma emergente (PE) de sistemas de salud desarrollados (Chernichovsky 1995a, 1995b; Frenk y Londoño, 1997). Colombia adoptó la variante de competencia regulada de este paradigma, mejor representada por los sistemas de salud de Alemania, Israel y los Países Bajos (Chernichovsky, Donato, Lebowitz et al., 2012). Sin embargo, a diferencia de estos países, cuyos sistemas evolucionaron durante décadas, Colombia optó por lo que podría considerarse un prometedor, aunque riesgoso, “*big bang*” --una inmediata reforma institucional generalizada--. No es sorprendente que la implementación de la reforma, originalmente proyectada para culminar en el año 2002, aún siga incompleta.

La historia reciente del sistema de salud colombiano está bien documentada por Glassman, Escobar, Giuffrida y Gideon (2009), Yepes, Ramírez, Sánchez,

¹ Agradecemos a la Señorita Diana Isabel Osorio Cuevas, por su valiosa asistencia.

² Banco Mundial. En línea en: <http://data.worldbank.org/country/colombia>. Consultado: 9 de diciembre de 2011.

³ ProExport Colombia. En línea en: <http://www.colombiaespasion.com/es/asi-es-colombia/26-colombia-en-cifras/284-superficie-y-poblacion>. Consultado: 9 de diciembre de 2011.

et al. (2010), Bernal, Forero y Forde (2012). La viabilidad de la reforma se cuestiona, especialmente considerando el nivel de desarrollo del país, conforme a los niveles actuales, como lo indica el Producto Interno Bruto (PIB) per cápita de alrededor de \$8,847 en términos de Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) (2010)⁴, por varias razones. La primera, se refiere a la conveniencia de emprender el desafío de una ambiciosa reforma, orientada hacia la competencia regulada, dado los limitados recursos económicos, médicos y administrativos del país. La segunda, se relaciona con la ingenuidad política, respecto a la sostenibilidad de la política económica que se requería para ver esta reforma a través de una década. La tercera se relaciona con la compatibilidad de esta reforma con el proceso paralelo de descentralización gubernamental y presupuestal iniciado con la Ley 60 de 1993 (CRC, 1993a), en el mismo año en que se promulgó la Ley 100. La última razón, no por esto la menos importante, ha sido no tener plena conciencia, que competencia regulada no es igual a la competencia de libre mercado.

A pesar de estos asuntos, es necesario que sean los aspectos positivos y las lecciones derivadas de la reforma, los que predominen en las políticas actuales, relativas al sistema de salud de Colombia. El país cuenta con un diseño claro y creíble del sistema, el cual es visionario, se encuentra legislado y se beneficia de un compromiso político. Pese a que el sistema aún no se encuentra implementado en su totalidad y que existen grandes retos, se han visto logros en materia de salud así, como de protección del ingresos y al mismo tiempo, dispone prácticamente de una cobertura universal de servicios, financiada a través de los impuestos y de aportes obligatorias (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2009).

Este documento examina los cambios estructurales que aún debe realizar Colombia, para completar la reforma iniciada hace dos décadas y de esta

⁴ Banco Mundial. <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.KD>. Consultado: 9 de diciembre de 2011.

forma, alinearse con las características fundamentales de un sistema de salud desarrollado, pero ajustado con su propia ley. El documento se encuentra organizado según se detalla a continuación. En la siguiente sección, presentamos el PE, el benchmark y el modelo que se utiliza para estudiar y analizar el sistema de salud. Posteriormente, en la tercera sección, presentamos el sistema colombiano y las reformas generales que se requieren. Los temas específicos se discuten en orden, en las secciones cuatro a siete, organizados conforme a un agrupamiento funcional de los principios del PE, relativos al derecho a los beneficios, el financiamiento, el modelo de administración de fondos públicos (*fund-holding*), la prestación de servicios de salud y la dirección.

2. Los principios del paradigma emergente y la Ley 100

La Ley tiene como objetivo establecer en Colombia un sistema de salud integrado, en línea con la experiencia colectiva de los sistemas de salud de los países desarrollados, sin incluir a los Estados Unidos (EEUU). Esta experiencia es llamada aquí, el Paradigma Emergente (PE) (Chernichovsky, 1995a, 1995b, 2002; Chernichovsky, Donato, Leibowitz et al., 2012).

Con este paradigma, los sistemas de salud desarrollados optimizan la salud y la satisfacción de la gente, sujetos a las circunstancias epidemiológicas, la sostenibilidad de recursos y la tecnología médica. Con este fin, esos países buscan perfeccionar y equilibrar un conjunto de objetivos intermedios, que en ocasiones compiten entre sí, pero son muy cercanos. Estos objetivos son: equidad, control de costos, la eficiente prestación de servicios de calidad (como condición de una producción eficiente de salud) y una extensa gama de servicios de salud y prestadores. Para alcanzar las metas y los objetivos mencionados anteriormente, los países que cuentan con sistemas de salud desarrollados, se adhieren a un conjunto de principios comunes, relacionados con el derecho a los beneficios, su financiamiento y organización. Estos son:

1. El derecho universal a un conjunto general de beneficios médicos “básicos” (BMB).
2. La elegibilidad y el derecho de acceder a estos beneficios se basa, principalmente, en el estado de salud y en las condiciones e indicaciones médicas y no varía por situación laboral, lugar de trabajo, filiación política o nivel de aportes monetarios que hubiera realizado la persona o se han hecho en su nombre.
3. Los aportes para financiar el BMB son obligatorios y normalmente se relacionan con los ingresos, pero no necesariamente toman la forma de impuestos del estado; algunos o todos los aportes, incluyendo ‘empleadores’, pueden tomar la forma de aportes a la Seguridad Social en

Salud, destinados a la atención de la salud de las personas. Al igual que en el caso de los impuestos, estos aportes son universalmente obligatorios y no se puede optar por no participar⁵.

4. El derecho a los beneficios basados en las necesidades, se sincroniza con los aportes obligatorios, ajenos a cualquier necesidad, mediante la integración de éstos en un fondo común en el nivel nacional.
5. Los aportes obligatorios constituyen el presupuesto de salud para financiar los beneficios.
6. El papel que desempeña el empleador en el sistema de salud, se limita principalmente a actuar como agente recolector.
7. Se puede disponer de financiamiento privado, de gastos de bolsillo y de seguro médico voluntario, a menudo regulados, para pagar beneficios adicionales al BMB.
8. La distribución de los recursos integrados en el fondo común se entrega a las administradoras de fondos públicos (*fund-holders*), las cuales pueden ser tanto monopsonios públicos no competitivos, como planes competitivos⁶.

⁵ Entre los sistemas desarrollados de salud, únicamente Alemania permite que su centil superior de ingresos “opte por no participar”.

⁶ *Fund-holding* significa organizar y administrar el consumo de los cuidados de la salud (OACCS) mediante los beneficios a los cuales tiene derecho una población definida, para después adquirir o comisionar esta atención según corresponda (Chernichovsky, 1995a, 1995b; Figueras, Robinson, Jakubowsky et al., 2005). Las administradoras de fondos públicos (*fund-holders*) pueden también actuar como agencia para los consumidores y atender asimetrías en la información entre pacientes y prestadores y servir de contrapeso del poder monopólico que tienen los proveedores sobre los pacientes (Chernichovsky, 2002; Frenk y Londoño, 1997). El criterio común de sólo asociar “comprar” con *fund-holding*, es, por ende, un punto de vista simplista.

9. La distribución de los recursos integrados en el fondo común, habitualmente se realiza mediante un mecanismo universal de ajuste de riesgo (capitación).
10. La atención médica es brindada por prestadores públicos, privados y sin fines de lucro, que dependiendo de los acuerdos, son contratados por las administradoras de fondos públicos, competitivas o no competitivas, o por un organismo público, en su capacidad de administrador de fondos públicos. Los prestadores de servicios participantes, deben aceptar a todos los pacientes, conforme a las disposiciones del plan o de la administradora de fondos públicos..
11. El estado regula el mercado (además de lo que se menciona anteriormente), principalmente en lo que se refiere a calidad de la atención de salud y precios de insumos médicos. Una de las normas más importantes se refiere a que la afiliación debe ser abierta. Cuando sea aplicable, los planes deben mantener la afiliación abierta y deben aceptar a todos los solicitantes que deseen cambiar de plan, durante períodos establecidos.

Colombia adoptó la variante de “pagador único” del PE conforme a la cual, el financiamiento de los beneficios combina los aportes obligatorios con impuestos generales y la administración basada en la competencia regulada (Chernichovsky, Donato, Leibowitz et al., 2012).

Los países que se adhieren al PE tienen los sistemas de salud de mejor desempeño, debido a la expectativa de vida, por un lado, y al gasto por otro lado (Chernichovsky, 2009). En lo que respecta a este último, el gasto en salud de estos países, sin incluir a los EEUU, representa entre 8 y 9 por ciento del PIB; de esta cifra, entre el 70 y el 80 por ciento se considera gasto público, incluidas los aportes obligatorios (Chernichovsky, 2009). Estos porcentajes se han convertido en asignaciones de equilibrio bastante comunes.

3. El Sistema de Salud de Colombia – Visión General

La incompleta implementación de la reforma del sistema de salud colombiano ha dado como resultado un sistema de salud segregado, que comprende dos grandes regímenes: el régimen contributivo (RC) que cubre a 40% de la población (2009) y el régimen subsidiado (RS) que cubre a 53% de la población (Melo y Ramos, 2010). Hay dos esquemas 'residuales' adicionales, entre los cuales se divide casi igualmente el resto de la población. El primero comprende a aquellas personas que no pertenece a algún programa de protección social en salud, se denomina Régimen Excluido (RE). El segundo, asegura a los maestros de instituciones educativas públicas, los trabajadores de universidades públicas, los militares y oficiales de policía, los trabajadores de la compañía nacional de petróleo, así como a sus familias, este se denomina Régimen Especial o Privilegiado (RP). La afiliación al RC es obligatoria para todos los trabajadores del sector formal, los trabajadores del sector informal (personas auto empleadas) que tengan capacidad de pago y para los pensionados. Los seguros complementarios son discrecionales y no pueden sustituir los aportes obligatorios (Guerrero, 2008).

La afiliación en el RS se basa en una evaluación socioeconómica llamada SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios). En la práctica, este régimen cubre a casi toda la población que no está afiliada al esquema contributivo o al RP y RE.

a. Beneficios y cobertura

La afiliación al RS, ha aumentado de forma gradual desde mediados de la década de los noventa, hasta alcanzar los porcentajes que se mencionaron anteriormente. En el 2010, sólo 4 por ciento de la población se encontraba sin un programa de cobertura, en esta cifra se incluyen las personas que se encuentran por arriba de la línea de pobreza y no pueden pagar los aportes o que están auto empleadas y evaden el sistema (Guerrero, Gallego, Montekio y Vásquez, 2011). De esta forma, Colombia ha alcanzado parcialmente la

cobertura universal, pero en un sistema segregado y marcado entre otras cosas, por un paquete de beneficios desigual.

La Ley estipula un paquete oficial de beneficios –el Plan Obligatorio de Salud (POS) – el cual integra tres niveles de atención a la salud: el primero incluye atención preventiva, de urgencias, de servicios médicos, odontológicos y de diagnóstico básicos; el segundo y tercer nivel incluyen cuidados especializados y de rehabilitación, hospitalización y exámenes médicos para el diagnóstico de enfermedades. El paquete del RC cubre todos los niveles de atención. El paquete del RS cubre enfermedades catastróficas y atención primaria, pero la cobertura es limitada en el caso de la atención hospitalaria (Glassman, Escobar, Giuffrida y Giedion, 2009). La atención de enfermedades catastróficas, es una categoría aparte, cuya cobertura es completa. Las personas del RE tienen derecho a recibir tratamiento en hospitales públicos.

La Ley considera un aumento gradual de los beneficios, hasta que quede unificado con los beneficios que del paquete más amplio del POS del RC. El gobierno anunció recientemente, la unificación del POS a partir del 1 de Julio de 2012 (Comisión de Regulación en Salud [CRES], 2012). Debe aclararse que esta unificación en sí misma, no significa la unificación del sistema.

Aparte del POS, existe un programa de servicios públicos de salud para la comunidad (por ejemplo, servicios sanitarios, control de vectores) bajo la responsabilidad de los municipios.

Los accidentes y las enfermedades de trabajo están cubiertos separadamente del POS, por una póliza de seguro que por ley, los empleadores deben adquirir con las Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). La atención médica en caso de accidentes de tránsito está cubierta por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Ocasionalmente, los médicos prescriben servicios que no están incluidos en el POS. En las Administradoras Colombianas – Entidades Promotoras de Salud

(EPS)⁷ --, existe un comité de excepción, llamado Comité Técnico Científico (CTC), a través del cual se pueden autorizar dichos servicios médicos (CRC, 2011, Art. 26). Cuando éstos son negados, los ciudadanos pueden exigir en las cortes que se les brinden estos servicios, al invocar su derecho a la salud, que está protegido por la constitución. Existe un procedimiento jurídico para proteger estos derechos fundamentales, llamado TUTELA, mediante el cual el fallo debe darse en unos pocos días. La Corte Constitucional clasificó el derecho a la salud como derecho fundamental y abrió la puerta a la utilización de TUTELA para exigir servicios no incluidos en el POS. (Corte Constitucional, 2008).

En 2008, la Corte Constitucional (en lo sucesivo la Corte) ordenó al gobierno actualizar el contenido del POS y hacerlo con la participación de las partes interesadas (Corte Constitucional, 2008). A pesar de la inclusión de tecnologías, desde 2004. En diciembre de 2011, hubo una actualización importante y aún no se conoce cómo la interpretará la Corte (CRES, 2011).

b. Financiamiento y Organización del Sistema

El sistema colombiano de salud se discutirá con base en la Figura 1, la cual presenta las instituciones de acuerdo con las funciones básicas del sistema: financiamiento, recaudación de fondos, creación de fondos comunes y asignación de recursos, control del presupuesto, organización del consumo, cuidados de salud (OACCS) y las compras y la prestación de servicios de salud. Las funciones están separadas por dos mercados internos potenciales (Chernichovsky, 1995, 2002).

Los servicios de financiación privada — través de seguros privados y gastos de bolsillo (panel derecho de la Figura1) — son en general ofrecidos por las mismas instituciones que brindan los servicios de salud. La discusión se

⁷ Las EPS se definen más detalladamente en la sección 3.e. Básicamente las EPS son similares a las Organizaciones de Salud Americanas (Health Maintenance Organizations HMOs) y a las Entidades Europeas de Enfermedad.

concentra en aquella parte del sistema público, que se basa en toda clase de aportes obligatorios, incluido el RP (en el panel izquierdo).

c. Financiamiento de la atención a la salud

En Colombia, los niveles de gasto público (incluidas los aportes obligatorios) se han mantenido alrededor del 5 por ciento del PIB (Melo y Ramos, 2010). Al mismo tiempo, se cuestionan las estimaciones de los niveles de gasto privado. Éstas oscilan entre 0.6 y 4 a 5 por ciento del PIB.⁸ La estimación más baja, sugiere que Colombia gasta 5.6 por ciento de su PIB en atención a la salud, de esta cifra, el 90 por ciento es gasto público. Para la estimación más alta, las cifras ascienden a un 10 por ciento del PIB, del cual el 50 por ciento es gasto público.⁹

En nuestro trabajo, suponemos que Colombia gasta 8 por ciento del PIB en atención a la salud. De esta cifra, entre el sesenta y cinco (65) y el setenta (70) por ciento es gasto público. Estos porcentajes están generalmente a la par de los promedios de los 22 países desarrollados que se identifican con el PE (Chernichovsky, 2009).

El financiamiento del RC (panel central superior) proviene de los aportes sobre la nómina, de los empleadores y los empleados y de impuestos generales (líneas 2 y 3). Los aportes representan el 12.5 por ciento del salario del trabajador (Clavijo, 2009). Los trabajadores independientes pagan el 12.5 por ciento sobre el 40 por ciento de sus ingresos brutos. Sin embargo, el

⁸ Los gastos de bolsillo (GDB), según estimaciones basadas en al encuesta ECV, que registran las Cuentas Nacionales de Salud (Barón, 2007), representan sólo 0.6 por ciento del PIB. Las estimaciones realizadas por Fedesarrollo en 2010, basadas en rondas más recientes de la encuesta, se encuentran ligeramente arriba del 1 por ciento del PIB.. Sin embargo, comparaciones con otras fuentes de información (Guerrero y Hails, 2008), sugieren que las encuestas pudieran subestimar significativamente estos gastos. Los trabajos que realiza el Banco Mundial estiman el gasto en salud de los hogares de Colombia, el cual incluye no únicamente los GDB, sino también las primas de seguro, y llegan a cifras que son 4 ó 5 órdenes de magnitud superiores (como porcentaje del PIB). La relación GDB/PIB estimada en las CNS de Colombia también es extremadamente baja cuando se compara con niveles internacionales.

⁹ De cualquier forma, conforme a las normas relacionadas con el PE (Sección 2), Colombia se encuentra en apuros financieros. O el gasto público es demasiado alto, de acuerdo con la primera estimación, o el porcentaje que representa del PIB es demasiado elevado Y esto sucede aún antes de que el país cuente con un sistema integrado y unificado.

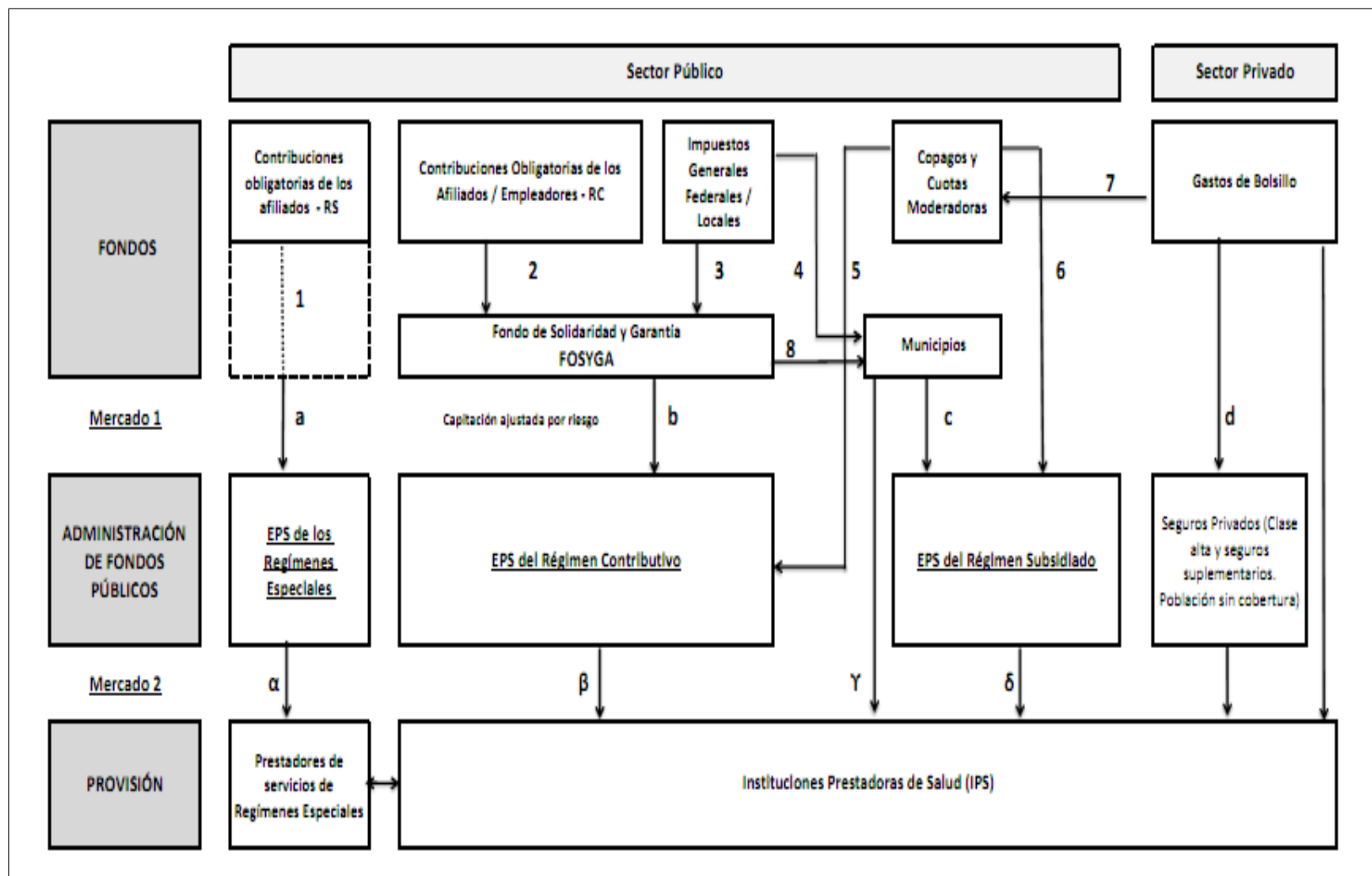
aporte debe representar como mínimo 12.5 por ciento de un salario mínimo mensual (SMM) para trabajo de tiempo completo (en 2010, el SMM era aproximadamente \$260 dólares americanos), por consiguiente, los trabajadores independientes que ganan un salario mínimo mensual no pueden cumplir con el aporte mencionado anteriormente. En el caso de aquellas personas que no trabajan tiempo completo o que ganan menos de un salario mínimo, los aportes (como proporción de los ingresos) pueden ser muy altos y hasta prohibitivos. Es probable que este grupo comprenda afiliados del RE, que no pertenecen al RC porque no pueden reunir los requisitos de afiliación al RS.

Todos los recursos del RC se integran en un fondo público central, el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Una gran parte de estos fondos se asignan a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) de acuerdo con sus afiliados, mediante un mecanismo de capitación ajustado por riesgo de edad y género —Unidad de Pago por Capitación (UPC)— como se indica en la línea b de la Figura 1 (Guerrero, 2008).

Las EPS pueden obtener ingresos adicionales a través de copagos en el caso de la atención hospitalaria y ambulatoria (líneas 5, 6 y 7). Dichos cobros se basan en porcentajes regulados a nivel nacional y son ajustados por ingresos. Asimismo, el reembolso a las EPS se realiza de forma retroactiva, conforme a tarifas por evento, en el caso de todos los servicios aprobados por TUTELA y los CTC.

El financiamiento del RS proviene de impuestos generales (líneas 4 y 8 en la Figura 1) y del aporte del RC procedente de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA (línea 8).

Figura 1. Organización del Sistema



Los recursos de este régimen se integran en un fondo común, principalmente a nivel municipal (línea 4)¹⁰ Diez (10) por ciento de los fondos es para actividades de salud pública (SGP).¹¹ El elemento principal de financiación se utiliza para pagar a las EPS en las que se inscriben los afiliados al RS (línea c).¹²

En el RS, la cuota capitada que reciben las EPS varía, a pesar de que también debería ser ajustada por riesgo. Los afiliados del RS cancelan copago únicamente en el caso de la atención hospitalaria.

4. Modelo de administración de fondos públicos (Fund-holding)

La competencia regulada es una característica básica del sistema. En consecuencia, los beneficiarios en los diferentes esquemas, pueden escoger libremente entre las EPS, que compiten entre sí. Los afiliados deben permanecer un año en una EPS, antes de poder cambiarse a otra de su elección.

En el RS, las autoridades locales se encargan de la administración de fondos públicos para el paquete del RS, así como del presupuesto para las actividades de salud pública y promoción de la salud. Mientras estas autoridades pueden realizar contratos con EPS para los beneficiarios del RS, ellos también pueden contratar servicios con proveedores directamente, de los cuales, algunos pueden ser parte de las mismas autoridades.

5. Prestación de los servicios de salud

Las EPS pueden optar por prestar los servicios de salud directamente, en sus propias instalaciones con personal asalariado (líneas marcadas por letras griegas en la Figura 1). Por regulación, estas entidades pueden hacerlo hasta

¹⁰ En determinados casos (particularmente en municipios pequeños), la función del municipio es realizada por el Departamento departamental (provincial).

¹¹ Departamento Nacional de Planeación (DNP). En línea en: <http://www.dnp.gov.co/Programas/DesarrolloTerritorial/FinanzasP%C3%BAblicasTerritoriales/His%C3%B3ricodeParticipacionesTerritoriales.aspx.Consultado> el 9 de diciembre de 2011.

¹² Los retrasos en el flujo de recursos del RS que se presentaron últimamente dieron lugar a nuevos reglamentos que permiten la transferencia directa de recursos a los planes, y hasta a los proveedores, brincando a los municipios.

por el 30 por ciento del valor de los servicios. Generalmente, las EPS eligen una red de prestadores, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), con base en el precio y la calidad. Sin embargo, la mayor parte de las EPS no necesariamente escogen a sus prestadores basados en el precio, sino más bien en la opción de ofertar una red de prestadores de servicios. Existen medidas similares para el Régimen Especial.

Tanto las EPS públicas como las privadas, pueden escoger prestadores públicos o prestadores privados para que formen parte de su red. En el RS, las EPS están obligadas a contratar cuando menos el 60 por ciento del valor de los servicios, con prestadores públicos siempre y cuando estos cumplan determinados requisitos de calidad y capacidad de oferta.

Existe un sistema transitorio de prestadores públicos, que prestan servicios de atención a la salud a la población no asegurada (RE), aquella que aún no es parte del RS o RC. Este sistema está financiado principalmente por transferencias del gobierno nacional.

6. Dirección y regulación

Colombia ha optado por el modelo de competencia regulada de la PE. La discusión hasta ahora sugiere una dirección sustancial y poder regulatorio por parte del gobierno central, el cual implica el derecho, la financiación, organización y administración del sistema.

7. Los principales desafíos

Con base en la discusión anterior, el sistema de salud colombiano enfrenta varios desafíos a solucionar para realinearse con el PE o, en este caso, con los principios de la Ley 100. La Tabla 1 presenta un resumen de estos temas. Consecuentemente, Colombia necesita para llevar a cabo la reforma, cumplir con los siguientes pasos fundamentales:

- Integrar el sistema mediante:

- la consecución de un POS universal,
 - la creación de un fondo común de todos los aportes obligatorios y los descuentos por nómina, en un FOSYGA único y reformado.
-
- Reorganizar la administración de fondos públicos de forma funcional.
 - Establecer un moderno mecanismo de asignación, ajustado por riesgo.
 - Reglamentar los seguros privados para complementar el plan de beneficios.
 - Fortalecer el marco regulatorio de apoyo al sistema, mediante la integración de normas relativas a salarios, precios, inversiones y contratos, principalmente entre las EPS e IPS.

Estos elementos y las posibles soluciones para lograr lo anterior, se resumen en las siguientes secciones.

Tabla 1. Los principios del PE y la desviación de Colombia de los mismos

Principio del PE		Desviación de Colombia
1	El derecho a un conjunto común de beneficios médicos “básicos” (BMB) es universal.	-El Régimen Privilegiado no se encuentra integrado al sistema universal previsto para el RC. -Las poblaciones cubiertas tienen derechos desiguales.
2	La elegibilidad y el derecho de acceso a estos beneficios se basan principalmente en las condiciones e indicaciones médicas y no varían por situación laboral, lugar de trabajo, filiación política, o el nivel de los aportes que hubiera realizado la persona o que se hubieran realizado en su nombre.	-El derecho y la elegibilidad varían por ingresos/situación laboral, así como por nivel y tipo de aporte.
3	Los aportes para financiar los BMB son obligatorios y habitualmente están relacionadas con el ingreso, pero no necesariamente toman la forma de impuestos estatales; algunas o todos los aportes, incluidos las que realizan los empleadores, pueden tomar la forma de aportes a la seguridad social en salud y destinarse a la atención a la salud. Los aportes obligatorios son universales y no se puede optar por no participar.	-Los afiliados del Régimen Excluido optan por no participar por diferentes razones, entre las cuales se encuentra la falta de vigilancia del cumplimiento de la obligación de realizar aportes que tienen los trabajadores auto empleados y la gente de niveles económicos más altos que opta por no trabajar. Lo más importante es que podría haber muchos afiliados del RS que tienen capacidad para realizar aportes a la seguridad social y evaden al sistema.
4	Las necesidades basadas en el derecho se sincronizan con los aportes obligatorios, los cuales son ajenos a cualquier necesidad (presente o esperada), mediante un fondo común de dichos aportes, que a su vez, se distribuyen en el nivel nacional, habitualmente mediante un mecanismo general de capitación ajustado por riesgo. La integración del fondo común en el nivel nacional puede ser virtual.	-Las diferentes fuentes de financiamiento, los impuestos nacionales y locales, más los aportes obligatorios de empleados y empleadores, se integran en un fondo común en el nivel nacional, únicamente en el caso del RC, no en el del RS.
5	Los aportes obligatorios conforman el presupuesto de salud para financiar los beneficios.	- La <i>TUTELA</i> y otros fallos afectan de manera importante los esfuerzos por reducir costos y la disciplina presupuestaria.

Tabla 1. Los principios del PE y la desviación de Colombia de los mismos

Principio del PE		Desviación de Colombia
6	El papel que desempeña la dirección en el sistema de salud se limita principalmente a actuar como agente recolector.	
7	Se dispone de financiamiento privado, gastos de bolsillo, y seguro médico voluntario, a menudo regulados, para el pago de beneficios adicionales a los BB.	-No se regulan los seguros privados de tal forma que complementen el financiamiento público y el programa de beneficios (por ejemplo, libre afiliación y tarificación general en el caso de los subsidios cruzados).
8	Los recursos integrados en el fondo común se distribuyen a las administradoras de fondos públicos, las cuales pueden ser tanto monopsonios públicos como administradoras de planes competidoras. La organización del modelo de administración de fondos públicos refleja la filosofía del sistema, en lo que se refiere a la competencia, la viabilidad de dicha competencia, la política y las prioridades en materia de salud.	-Básicamente, existen dos clases de administradoras de fondos públicos (que se diferencian por régimen del sistema, no por funcionalidad o clase de medicamento o por la viabilidad de un modelo de competencia regulada).
9	La distribución del fondo común de recursos habitualmente se realiza mediante un mecanismo general ajustado por riesgo (de capitación).	-Se utilizan diferentes mecanismos de asignación para los diferentes regímenes.
10	La atención médica la brindan prestadores públicos, prestadores privados y prestadores sin fines de lucro, los cuales, conforme a lo acordado, son contratados de diferentes formas por las administradoras de fondos públicos tanto competitivas como no competitivas, o por un organismo público en su capacidad de administradora de fondos públicos. Los prestadores participantes deben aceptar a todos los pacientes de acuerdo con las disposiciones del plan o de las administradoras de fondos públicos.	-La integración vertical entre las EPS y las IPS o prestadores, es uno de los aspectos regulatorios que no han sido resueltos.

Tabla 1. Los principios del PE y la desviación de Colombia de los mismos

	Principio del PE	Desviación de Colombia
11	<p>El estado regula el mercado (además de lo que se sugiere anteriormente), principalmente en lo que respecta a la calidad de la atención a la salud, los precios de los insumos médicos y las inversiones. Una de las más importantes reglamentaciones se refiere a la libre afiliación. Cuando sea pertinente, las EPS deben mantener abierta la afiliación; durante determinados períodos ellos deben aceptar a todos los solicitantes que deseen cambiar de EPS.</p>	<ul style="list-style-type: none">-La reglamentación de los precios de insumos médicos no es efectiva.- Hay una falta de regulación efectiva de las inversiones en el sistema.- No existe una clara reglamentación de los prestadores que brindan servicios a afiliados de diferentes regímenes, con objeto de evitar la discriminación y la transferencia de costos.

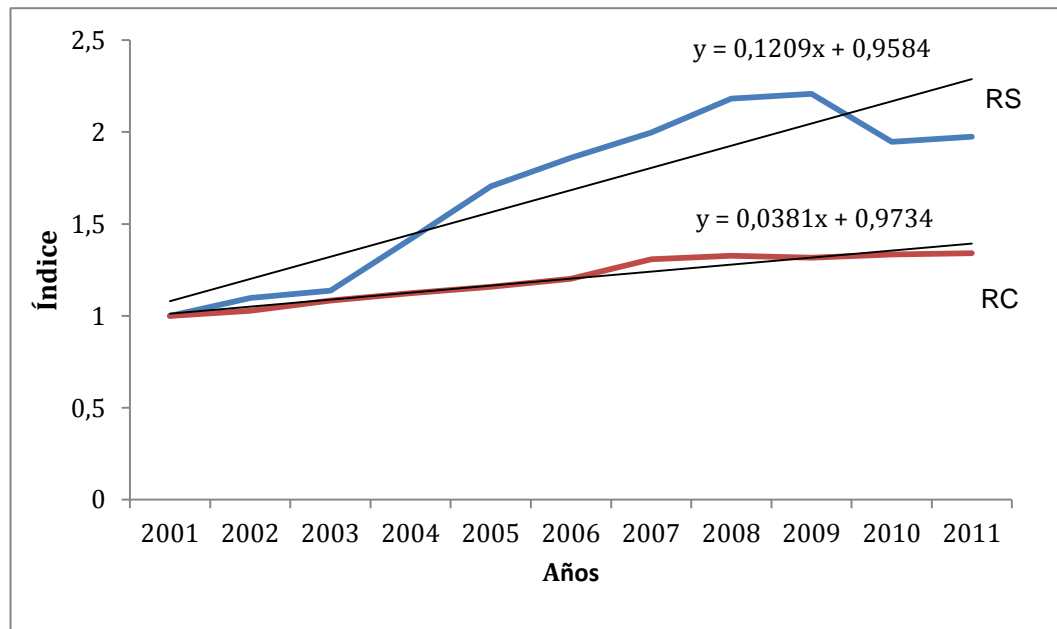
8. La Cobertura Universal y el POS

La forma en la que Colombia aborda la cobertura y el nivel de beneficios debe verse en perspectiva por su singularidad y su visión. La Ley estipula el POS, es decir, no un paquete mínimo para los pobres. En otras palabras, Colombia no optó por un acuerdo al estilo de “*Medicaid*” (EEUU) o el “Seguro Popular” (México), lo que hubiera significado que los beneficios que se otorgan al RS constituirían el paquete universal. Por ende, Colombia asumió desde el inicio el formidable reto de otorgar a toda la población el paquete disponible para el sector formal o para la clase media, y aún más.

a. Las brechas en la Cobertura

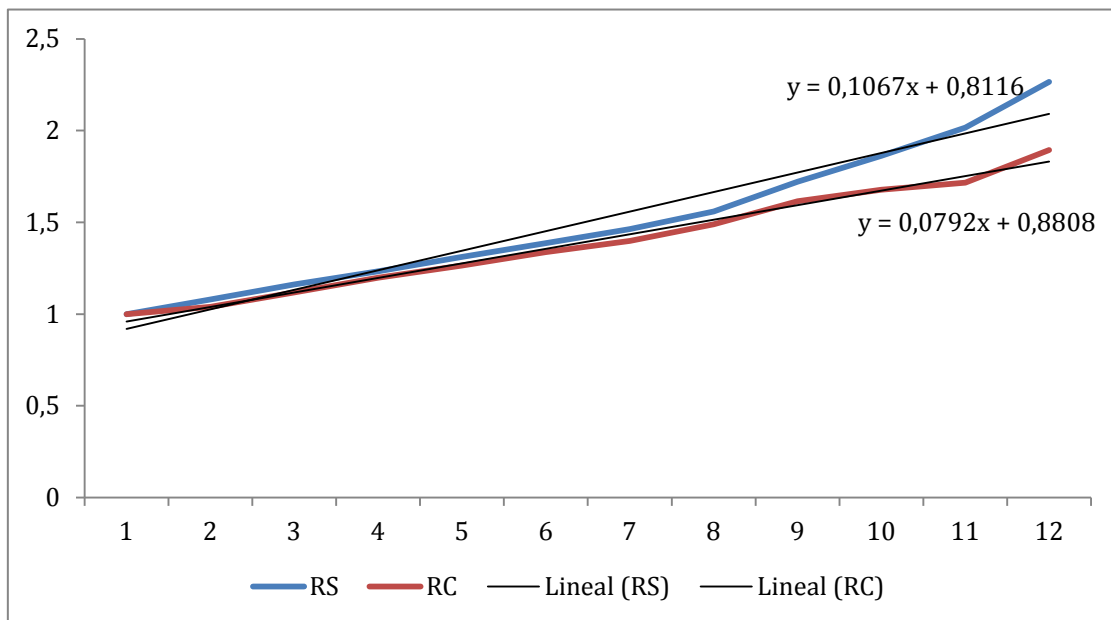
Colombia prácticamente alcanzó la cobertura universal, al aumentar la afiliación al RS en un 12.0 por ciento anual en la última década, al mismo tiempo que mantenía en el RS una tasa promedio de crecimiento de 3.8 por ciento (Figura 2). Simultáneamente, se incrementó más rápido el valor de los beneficios del RS que en el RC, en un ocho (8) por ciento en comparación al seis (6) por ciento (Figura 3).

Figura 2. Índice de Afiliación (no ajustado por riesgo) por Régimen. Colombia 2001-2011



Fuentes: Melo y Ramos (2010). Gráfica 1, página 4 y Gráfico 3, página 8 y ECV (2010 y 2011)

**Figura 3. Índice de Incremento de Beneficios por Régimen.
Colombia 2001-2012**



Fuentes: Melo y Ramos (2010). Gráfica 1, página 4 y Gráfico 3, página 8 y ECV (2010 y 2011)

Si se toman en consideración la situación y las limitaciones en lo que corresponde a los recursos, esta política es digna de atención por su consistencia con la filosofía del PE en que, conforme al principio de equidad subyacente en la universalidad, la política ha dado preferencia a la ampliación de la cobertura y los beneficios del régimen poco privilegiado (Chernichovsky, 2012a). Los retos restantes son, por consiguiente, cerrar brechas marginales en la cobertura, incluir el RP en el sistema universal y principalmente, unificar el derecho al POS.

b. Integración del Régimen Excluido (RE)

Se estima que el 4 por ciento de la población, alrededor de 2 millones de personas, constituyen el Régimen Excluido (RE)¹³. Este grupo se encuentra fuera del sistema público, tanto por elección, debido a que prácticamente han optado por no participar o porque no cumplen los requisitos para afiliarse al RS, en virtud de que tienen un empleo informal y no son “suficientemente pobres”. Aunque sea de corto plazo, se necesita una solución para asegurar la participación en el RC de aquellos que pueden realizar aportes pero optan por no participar y para que sea posible incluir en el RS a quienes no son suficientemente pobres, pero se encuentran en riesgo de pobreza. Estos grupos deben, sin embargo, integrarse en el RC y no en el RS, como un paso inicial en la unificación del sistema y una integración del RS en el RC.

c. Integración del Régimen Privilegiado

Aunque está permitido en la Ley (ver la sección 3), el acuerdo que rige el régimen privilegiado (RP) no es consistente con los principios del PE ya que va en contra de los objetivos de equidad y eficiencia.

En virtud de que el acuerdo que rige el RP permite privilegios superiores a los del POS, la solución consiste en que los miembros de estos grupos hagan parte del RC y que los aportes y beneficios adicionales – por encima de los

¹³ La encuesta de calidad de vida (ECV) sugiere que este grupo es del 9 por ciento de la muestra representativa (Chernichovsky, 2012b).

estipulados por los acuerdos del RC -- pueden convertirse en un seguro complementario intra-grupos, administrado a discreción de los grupos.

d. El POS universal

Colombia está siendo cuestionada respecto a la composición del POS y su actualización. Evidentemente, el país necesita resolver este aspecto antes de proceder a poner el POS a disposición de toda la población y seguir adelante con otros aspectos de la reforma. De acuerdo con Melo y Ramos (2010, el paquete del RS estaba valorado en 57.3 por ciento del POS a diferencia de 53.7 por ciento en 2009.

El POS ha sido “desacreditado” por varias razones: i) se percibe, con o sin razón, que el paquete está “desactualizado” cuando se toma en consideración la tecnología médica disponible; ii) las reglas relativas a la adquisición de derechos son polémicas y por consiguiente; iii) las EPS niegan los servicios, los cuales son impugnados con éxito posteriormente, por los pacientes mediante los Comités de Excepción y la Corte (la tutela).

Podemos facilitar la discusión del POS si hacemos una distinción entre las tres dimensiones (públicas) que toma el derecho a los beneficios:

- Cobertura de la población;
- Tipo o categoría médica incluida;
- Tipo de atención o tratamiento médico

La primera se refiere al tamaño y a la naturaleza de la población cubierta por los servicios de salud financiados por el gobierno. Aún en aquellos casos en los que realmente existe una cobertura universal, es posible que algunos segmentos de la población, pudieran no reunir los requisitos necesarios para acceder a determinados beneficios, por otros motivos aparte de las razones médicas. Este es el caso de los afiliados no incluidos en el RC y el RE.

La segunda dimensión está relacionada con las categorías generales de la medicina, tales como la cirugía plástica electiva, la atención odontológica y los cuidados de larga duración, por mencionar algunos de los casos más comunes,

excluidos del paquete de beneficios médicos, en sistemas desarrollados de salud. En Colombia, la cirugía plástica electiva, por ejemplo, se excluye en el POS.

La tercera dimensión se relaciona con tratamientos o tecnologías específicas ampliamente definidas. Podría darse el caso, en el que las personas reunieran los requisitos para recibir servicios generales de salud o por una patología, por ejemplo, el tratamiento para un tipo específico de cáncer, pero no con una tecnología o con un medicamento específico, que esté disponible para su tratamiento. En 2011, el gobierno anunció que se incluirían todas las patologías, lo cual sugiere que los límites a sus componentes no serán por padecimiento, por tipo de atención, ni por tecnología.

Colombia necesita adoptar una práctica, que es común en sistemas de salud desarrollados, para precisar que la especificación positiva/negativa de un derecho, se refiere a determinados aspectos de la cobertura y del derecho (Chernichovsky, Donato, Leibowitz et al., 2012), de la siguiente forma:

- Criterios de inclusión positivos, en el caso de la primera dimensión, tales como, los requisitos para participar en el POS y descartar con el tiempo todos los criterios no relacionados con la salud, de acuerdo con el principio No. 1 del PE.
- Criterios de exclusión negativos, en el caso de la segunda dimensión, como lo que se menciona anteriormente, por ejemplo, en lo que respecta a la cirugía estética.
- Listados de servicios incluidos, en el caso de la tercera dimensión, donde se especifiquen de manera explícita las tecnologías y los tipos de tratamiento incluidos en las diferentes categorías de atención, a las cuales se tiene derecho.

A pesar de que, en teoría, el diseño del POS en general sigue esta misma línea, en la práctica no se han aplicado plenamente, debido a los comités de excepción y a las resoluciones jurídicas.

Independientemente de que los responsables de elaborar las políticas y los administradores colombianos, deseen revisar los beneficios existentes o considerar nuevos beneficios, necesitan una institución y un mecanismo consensual, para priorizar el derecho en todas sus dimensiones y para decidir cuáles son los criterios de exclusión y de inclusión, que contribuyen a que se alcancen las metas y los objetivos del sistema de salud, así como los presupuestos disponibles, incluida la opción de aseguramiento privado.

Con este fin, si Colombia ha de seguir a los otros países, el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial, necesitarían entender la situación del RC a finales de 2012. Una vez definido el paquete de 2012, el trabajo deberá concentrarse en los lineamientos para su actualización y tomar en consideración lo que implica para la unificación, el crecimiento de la economía y el presupuesto del país, como se discute a continuación. Con esta estrategia, al igual que en otros países, debe surgir con el tiempo un paquete social, que evoluciona gradualmente a partir de las decisiones incrementales y que dará lugar a un nuevo paquete integral.

e. El desafío de la unificación del POS

Las decisiones respecto a las tres dimensiones del derecho que se mencionaron anteriormente, generalmente están sujetas a la misma asignación presupuestal, por consiguiente, necesitan considerarse en conjunto. La ampliación de la cobertura, la definición y unificación del POS, necesitan formar parte de una misma estrategia.

El gobierno de Colombia fijó como fecha límite para la unificación del POS: el 1º de julio de 2012 (CRES, 2012), corrigiendo una fecha límite anterior: finales del año 2013. Esta ambiciosa meta representa un grave riesgo para el gobierno, en lo que se refiere a la ya empañada legitimidad de los fallos sobre el POS.

La tabla 2 muestra la tasa de crecimiento de la canasta del RS y los años necesarios, para que la canasta del RS se empareje con la canasta del RC,

cuando esta última crece a tasas anuales seleccionadas. Por ejemplo, si el RS crece a una tasa del cero por ciento y su unificación es instantánea un año como fue propuesto, la canasta del RS necesita crecer en un 56 por ciento per cápita. La tabla 3 muestra la tasa anual de crecimiento per cápita de los beneficios correspondientes al Régimen Excluido (RE), si éste ha de tener derecho al paquete unificado.¹⁴

Tabla 2. Aumento anual requerido en la canasta del RS per cápita (no estandarizado) por aumento anual en la canasta del RC y años que faltan para la unificación de las canastas

Años para ajustar	Variación porcentual en la canasta contributiva					
	0.0%	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	5.0%
1	56%	57%	58%	59%	60%	61%
2	28%	29%	30%	31%	32%	33%
3	19%	20%	21%	22%	23%	24%
4	14%	15%	16%	17%	18%	19%
5	11%	12%	13%	14%	15%	16%
6	9%	10%	11%	12%	13%	14%
7	8%	9%	10%	11%	12%	13%
8	7%	8%	9%	10%	11%	12%
9	6%	7%	8%	9%	10%	11%
10	6%	7%	8%	9%	10%	11%

¹⁴ El cálculo se basa en 1 peso de beneficios per cápita, al día de hoy y en el hecho de que el derecho a este grupo, se materializa el día de la unificación.

Tabla 3. Aumento anual requerido en la canasta del RE per cápita (no estandarizado) por aumento anual en la canasta del RC y años que faltan para la unificación de las canastas

Años para ajustar	Variación porcentual en la canasta contributiva					
	0.0%	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	5.0%
1	532%	533%	534%	535%	536%	537%
2	266%	267%	268%	269%	270%	271%
3	177%	178%	179%	180%	181%	182%
4	133%	134%	135%	136%	137%	138%
5	106%	107%	108%	109%	110%	111%
6	89%	90%	91%	92%	93%	94%
7	76%	77%	78%	79%	80%	81%
8	66%	67%	68%	69%	70%	71%
9	59%	60%	61%	62%	63%	64%
10	53%	54%	55%	56%	57%	58%

La Tabla 4 muestra el efecto, que tendrían en el presupuesto los escenarios simulados que se presentan en las Tablas 2 y 3, asumiendo una tasa anual de crecimiento de la población de 1.6 %. Las simulaciones sugieren que Colombia podría alcanzar en un año, la cobertura universal del plan de beneficios del POS, siempre y cuando el POS no creciera en el período y se realizara un incremento presupuestal del 193 por ciento o duplicando el presupuesto público.

Tabla 4. Aumento anual al presupuesto público requerido para la unificación de las canastas (incluye todas las aportaciones obligatorias)

Años para ajustar	Variación porcentual en la canasta contributiva					
	0.0%	1.0%	2.0%	3.0%	4.0%	5.0%
1	193.7%	195.2%	196.6%	198.1%	199.6%	201.1%
2	140.3%	141.4%	142.4%	143.5%	144.5%	145.6%
3	126.0%	126.9%	127.9%	128.8%	129.8%	130.8%
4	119.4%	120.3%	121.2%	122.1%	123.0%	124.0%
5	115.6%	116.5%	117.3%	118.2%	119.1%	120.1%
6	113.2%	114.0%	114.9%	115.7%	116.6%	117.5%
7	111.4%	112.3%	113.1%	114.0%	114.9%	115.8%
8	110.1%	111.0%	111.8%	112.7%	113.5%	114.4%
9	109.2%	110.0%	110.8%	111.7%	112.5%	113.4%
10	108.4%	109.2%	110.0%	110.9%	111.8%	112.6%

Comentario: Se presume que toda la población de entre 0 y 18 años de edad y toda la población de 65 años de edad y mayores ya tienen acceso al POS. El Régimen Especial se incluye de forma “neutral”; se agregan a la población a cubrir, pero el presupuesto que se les asigna en el POS se incluye en el presupuesto público.

f. El reto de los recursos reales

La disponibilidad de financiamiento, es condición necesaria, pero no suficiente, para la unificación de los paquetes. La demanda creciente de servicios de salud, mediante la ampliación del derecho, que no sea igualada por una oferta de recursos reales adecuada, tendrá como consecuencia presiones inflacionarias innecesarias en los costos médicos, así como, un deterioro en la calidad de la atención del servicio.

Si suponemos, en forma muy simplista, que todos los insumos aumentan proporcionalmente a los requerimientos presupuestales, que se simulan en la Tabla 4, en tres años Colombia necesitaría, con una tasa de crecimiento del paquete del RC de cero, aumentar sus recursos financieros en 26 por ciento anual. Esto representa un aumento de alrededor de 17,000 médicos y de 11,000

camas anualmente. A pesar de que las cifras reales podrían ser considerablemente más bajas, debido a economías de escala y aumentos en eficiencia, el desafío es muy grande.

Además, la calidad necesaria de los servicios adicionales es mayor, puesto que la alineación del RS con el RC significa también un cambio cualitativo, debido a la naturaleza de los servicios incluidos.

Working paper

9. Financiamiento sostenible de la atención a la salud

Colombia tiene el perfil financiero de un sistema de salud desarrollado de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁵ Su gasto en salud representa 8 por ciento del PIB y se estima que entre el 65 y 70 por ciento, es de naturaleza pública (Sección 3).¹⁶ Sin embargo, Colombia no parece un país desarrollado de la OCDE, cuando se toman en cuenta los resultados en materia de salud, el nivel de desarrollo económico y el nivel de integración del sistema de salud.

Para lograr la sostenibilidad, Colombia debería mantener el gasto en salud en alrededor de 8 a 9 por ciento del PIB y el financiamiento público, no debería representar más del 80 por ciento.¹⁷ Esto significa, que si se mantiene el porcentaje de gasto actual fuera del crecimiento del PIB, Colombia debería convertir alrededor de un 10 a 15 por ciento de los fondos privados, en fondos públicos,, es decir, de 65 a 80 por ciento y al mismo tiempo, ganar eficiencia y equidad en el sistema.

a. Recaudo universal e integrado de recursos

Los acuerdos financieros recíprocos del POS universal, están constituidos por la contribución universal y los sistemas de asignación de recursos.

El primer paso para la universalidad en las finanzas, es la inclusión del RE y el RP en los acuerdos de financiación del FOSYGA. Se asume que la ganancia neta de la inclusión de los pobres del RE, con los miembros relativamente acaudalados del RP, rendiría una ganancia financiera neta al sistema unificado.

Segundo, es necesario revisar nuevamente, la base impositiva de los aportes al RC que realizan los trabajadores independientes. Aumentar esta base, representaría un beneficio financiero neto para el sistema público.

¹⁵ Los EEUU no se incluyen en esta categoría. Los EEUU tienen un sistema médico desarrollado, pero un sistema de salud subdesarrollado (Chernichovsky, 2009).

¹⁶ Se recuerda al lector que estos datos no están del todo comprobados. Por consiguiente, antes de establecer una política basada en estas cifras, es necesario un mayor estudio de los niveles de financiamiento privado en Colombia.

¹⁷ Se recuerda al lector que, en el contexto de esta discusión, “público” se refiere a todas las aportaciones obligatorias.

Estos dos cambios, indiscutiblemente aumentarían la equidad y no el gasto total, y convertirían parte de las finanzas privadas en públicas.

Los fondos públicos adicionales se derivarían de los beneficios financieros adicionales al RS, a partir del presupuesto financiado por el Estado, el cual proviene, sin embargo, del producto nacional creciente.

b. Financiación adicional al POS

Si las provisiones adicionales al POS, principalmente la Tutela, continúan, debe encontrarse un acuerdo, para regular la explosión de costos implícita. Esto puede ser logrado mediante un seguro mixto público-privado y un mecanismo de riesgo compartido, combinado con la abolición de los acuerdos de cuota por servicios, para derechos adicionales al POS.

c. Creación del fondo común de recursos públicos

El sistema colombiano de salud se basa en diferentes fuentes obligatorias de recursos: impuestos generales y locales, aportes obligatorios de empleadores y empleados e impuestos sobre aseguramiento, y copagos (sección 3). Un elemento crucial, de la prolongada reforma de Colombia, es la creación de un fondo común nacional, basado en el FOSYGA– con sucursales estatales/departamentales o regionales – donde se integren todos los recursos públicos del sistema unificado de salud.

El proceso de implementación puede ser gradual e incluso factible, mediante un mecanismo contable, que integre todos los fondos, en un FOSYGA reformado.

Hay varios beneficios inmediatos que se derivarían de esta acción. El primero es que los recaudos múltiples actuales y los mecanismos de asignación, son más costosos que el sistema integrado único. Segundo, un fondo común unificado ayuda a la política nacional de salud, que mediante los mecanismos de asignación universal que se comentan a continuación, sea capaz de encargarse de los aspectos de prevención y promoción de la salud, conjuntamente con la medicina terapéutica, por un lado, y de poblaciones y regiones específicas que requieran atención específica, por otro lado.

d. El mecanismo de asignación (UPC)

Colombia utiliza hoy en día, tres mecanismos de asignación: asignación directa de presupuesto, administración del riesgo (AR) por ajustada por edad y género para el caso del RC (UPC), y una tasa uniforme per cápita en el RS. Los recursos de fuentes diferentes fluyen con frecuencia hacia las mismas EPS, para diferentes clases de beneficios y personas. Además, como existen problemas contables potenciales, este tipo de arreglos constituyen una fuente de transferencia de costos y de discriminación. Es necesario que los diferentes mecanismos de asignación se integren y se utilicen para alcanzar una política de salud coherente. Para lograrlo, se requieren dos pasos en la asignación, desde el principio.

Primero, conforme a la política nacional de salud, es necesario distribuir desde el interior del FOSYGA, los fondos para los programas especiales que no maneja la UPC – principalmente la prevención y promoción de salud y una red de seguridad para ésta, relacionada con la compensación retroactiva.

Segundo, la UPC necesita ser modernizada en varios aspectos como se detalla a continuación:

- a. Mejorar la UPC, más allá del ajuste de riesgo según la edad y género.
- b. Incluir un mecanismo regional de ajuste, para superar las disparidades regionales, en oferta y demanda por servicios de salud.
- c. Proveer una red segura, para los servicios excesivamente costosos en el POS --los casos muy costosos que se desvían considerablemente, del promedio de una categoría ajustada por riesgo-- y las condiciones generales que afectan los costos promedio, como por ejemplo los incrementos en los precios de los insumos médicos, por un lado y las epidemias, por otro lado.

Estos acuerdos retroactivos en el caso de la UPC –como parte de un mecanismo de AR reformado– buscan garantizar el servicio a la población mediante la viabilidad financiera de las EPS y reducen, al mismo tiempo, los incentivos para

ahorrar que tienen las EPS sin sacrificar la calidad del servicio y la atención a la salud.

e. Aseguramiento privado

Para mantenerse dentro del margen financiero de alrededor de 8 por ciento del PIB para la atención a la salud, del cual hasta 80 por ciento es de naturaleza pública, Colombia podría apoyarse en el aseguramiento privado, posiblemente regulado, con el fin de ayudar a que se logren las metas y los objetivos del sistema.

La promoción de un aseguramiento privado adecuadamente regulado tiene dos ventajas. Primero, ayuda a reducir el crecimiento del paquete objetivo para la unificación, tanto en términos financieros como prácticos, mientras representa al mismo tiempo, una mejora para el sistema subsidiado. Dicho aseguramiento actuaría como válvula de escape a las presiones que existen para aumentar los beneficios del POS. Segundo, no modificaría los beneficios, en el caso del sistema contributivo (para convertirse en una combinación de menores beneficios públicos y mayores beneficios privados), de tal manera que la unificación sea políticamente más aceptable.

Este seguro complementario, provisto por las EPS y aseguradores privados y considerado como un seguro para el “cuidado socialmente importante”, podría regularse para contar con primas medias comunitarias, las cuales permitirían subsidios cruzados y acuerdos de libre afiliación.

10. Organización y administración del Sistema de Salud — la perspectiva de la administración de fondos públicos

Colombia optó por la competencia regulada o *administración de fondos públicos (fund-holding)* competitiva, sin embargo, aún debe resolver varios aspectos funcionales respecto a la operación de este modelo. En el primero, debe resolver si el modelo se establece a nivel nacional o a nivel regional-departamental. El segundo, implica la viabilidad de la competencia regulada en áreas periféricas. El tercero, se relaciona con la organización y administración de la atención preventiva y la promoción de la salud (APPS). El cuarto, se refiere a la integración vertical, principalmente entre las administradoras de fondos públicos, las EPS, y los prestadores, las IPS. El quinto, comprende la regulación del sistema y será abarcado más adelante.

a. Resolviendo el estancamiento la descentralización nacional

La reforma del sistema de salud iniciada por la Ley 100 coincidió con la Ley 60 (1993), la cual marcó una reforma, que delegó responsabilidades administrativas y presupuestarias a las autoridades departamentales (estatales) y locales. En consecuencia, el RS estatal ha quedado sujeto a la reforma administrativa general, por defecto, mientras que el RC ha estado sometido al proceso de reforma al sistema de salud. Por ende, Colombia emprendió simultáneamente dos procesos de descentralización en el sistema de salud. Uno se relaciona con el RS, al delegar la responsabilidad de la salud (parte del financiamiento + administración de fondos públicos + provisión) a las autoridades locales que no forman parte de la competencia, y el segundo, en el caso del RC, a las administradoras de fondos públicos (EPS) que están financiadas por el estado y compiten entre sí.

Como resultado, el RS ha estado sujeto a una descentralización administrativa geográfica, por defecto, mientras que el RC se ha sometido a una descentralización del mercado a nivel nacional. En consecuencia, Colombia ha creado dos sistemas separados de salud, basados en principios de

organización y administración diferentes. Esta separación, no refleja funcionalidad, ni viabilidad de la competencia regulada y adicionalmente, dado que esta situación creó dos instituciones básicas con los dos regímenes, el reto para la creación de un sistema unificado o POS, no implica sólo el ámbito financiero y los recursos, sino también político y organizacional.

Adicionalmente, a pesar que los dos regímenes están financiados de forma diferente por distintos mecanismos de pago e incentivo, y atienden a diversas poblaciones en el nivel local, ambos podrían competir entre sí por los pocos prestadores que existen y duplicar los servicios.

Para resolver este aspecto, Colombia debe optar por una estructura regional-departamental de su sistema de salud, para ser consistente con la administración general, y – no por menos- ser capaz de abordar mejor las variaciones regionales en salud y servicios médicos. Esto no quiere decir que las EPS necesitan ser entidades locales. Sólo sugiere que éstas sean centros de costos regionales-departamentales que reciban fondos para las poblaciones regionales.

b. La descentralización en el sistema de salud.

La principal característica que separa a los sistemas de salud desarrollados que se adhieren al PE, es la organización del programa de administración de fondos públicos. En general, los países se pueden agrupar en dos modelos básicos.

El primero, es el modelo de contratación directa (MCD) en el cual, un organismo del gobierno es el administrador único de fondos públicos, no tiene competencia, y está dedicado a la organización y administración del consumo de los servicios de salud (OACSS) y a la compra, en calidad de monopsonio, de los servicios de salud a los prestadores que compiten entre sí. Este modelo es típico de Australia, Canadá, Francia y el Reino Unido, como principales ejemplos. Conforme al modelo original, un organismo público independiente, como es el caso del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, actúa como el administrador de fondos públicos en salud.

El segundo modelo, es el competitivo de contratación indirecta (MCI). En este modelo, conocido como competencia regulada, la responsabilidad de la administración de fondos públicos recae sobre las EPS que compiten entre sí, en las Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud –(HMOs en su sigla en inglés) –, los fondos para el seguro de enfermedades y otras entidades similares, los cuales pueden operar en el nivel nacional y regional, como en los casos de Alemania, Israel y los Países Bajos, como principales ejemplos. Estos planes son contratados por el Estado con el objeto de garantizar los beneficios de salud; esas administradoras de planes son esencialmente Organizaciones del Consumo y Cuidados de la Salud (OACSS) que compiten entre sí y realizan compras en representación del estado. En este caso, para poder recibir los beneficios a los que tienen derecho, las personas deben afiliarse en la EPS o plan de su elección, la cual debe aceptarlos de manera incondicional para asegurar sus beneficios básicos.

En general, es difícil afirmar que un modelo tenga mayores ventajas que el otro entre los países desarrollados (Chernichovsky y Leibowitz 2010; Chernichovsky, Donato, Leibowitz et al., 2012). Sin embargo, desde la perspectiva de Colombia, debe reconocerse que existen algunas debilidades en la competencia regulada.

Como se sugiere anteriormente, estos dos modelos coexisten en Colombia (sección 3). Mientras el RC se adhiere claramente a la competencia regulada, el RS es una mezcla confusa, mediante la cual las autoridades locales se encargan de comprar los servicios de salud para los afiliados al RS, tanto directamente, como a través de las EPS. Estas mismas autoridades también desempeñan un papel definido, en la coordinación de la atención preventiva y la promoción de la salud.

c. Administración de fondos públicos funcional

Estos dos tipos de descentralización o modelos de administración de fondos públicos pueden coexistir en el mismo sistema, pero necesitan estar basados en aspectos funcionales. Esto significa que donde sea factible la competencia, Colombia debe conservar EPS competitivas para el caso de los dos regímenes

(o con dos paquetes de beneficios, durante el tiempo que existan), hasta que termine el proceso de unificación o integración. Donde no se satisfagan estas condiciones de competencia, debería considerarse el modelo no competitivo.

Los principios competitivos pueden no ser muy prácticos en el caso de las regiones y las poblaciones “periféricas” que carecen de infraestructura, para la competencia (Chernichovsky, 2002). Las situaciones relevantes se caracterizan por las siguientes condiciones:

- Zonas de baja densidad y poblaciones dispersas que conducen a situaciones naturales de monopolio, por lo cual las necesidades y las demandas de servicios de salud son demasiado bajas para que existan operaciones médicas eficientes, particularmente aquellas que se encuentran sujetas a crecientes economías de escala.
- Un número relativamente bajo de administradoras de fondos públicos y de proveedores de servicios de salud por habitante, que conduce a situaciones de monopsonio o de monopolio.
- Una prevalencia relativamente alta de enfermedades epidemiológicas y padecimientos de la salud, que requieren de una intervención centralizada en el nivel de la comunidad debido a externalidades, tales como la erradicación de enfermedades contagiosas y de economías de escala en las actividades en salud pública y de promoción de la salud.
- Una población a la cual no se ha concedido suficiente poder socioeconómico, para poder elegir atención médica, de forma informada.

Generalmente, estas diferentes condiciones se encuentran estrechamente correlacionadas, como sugiere la información que se presenta en la Tabla 5, y esto indica que las zonas de baja densidad de población presentan índices de mortalidad infantil superiores al promedio y sus expectativas de vida, su educación y el número de médicos disponibles son inferiores al promedio.

La existencia de todas estas condiciones o, hasta de una sola, exige un modelo no competitivo de administración de fondos públicos. Consecuentemente, incluso en los sistemas desarrollados de salud que utilizan la competencia administrada, como en el caso de Alemania, Israel y los Países Bajos, este tipo de situaciones están estrictamente reguladas.

Por ende, es posible contemplar la coexistencia en Colombia de una autoridad similar a la Autoridad en Servicios de Salud (HSA) del Reino Unido, como producto derivado de los arreglos de la autoridad local actual, al lado de las EPS, dependiendo de las circunstancias locales en el apoyo al modelo competitivo. En cualquiera de los casos, es deseable que: (i) la HSA no sea un organismo público, sino una autoridad estatutaria diferente y (ii) que la HSA y los planes no operen en una misma jurisdicción para poder garantizar beneficios idénticos, porque un organismo público podría crear poderes excesivos en relación con los de los planes no gubernamentales, y debe encargarse de la supervisión de las EPS (ver Sección 3). Al igual que en los sistemas desarrollados, las actividades en salud pública pueden conservarse, incluso en aquellos lugares donde funcione la competencia administrada con autoridades centralizadas como la HSA (Chernichovsky, Donato, Leibowitz et al., 2012).

Tabla 5. Departamentos colombianos (estados) por densidad de población, mortalidad infantil y médicos por cada 10,000 habitantes (2008).

Departamento	Densidad de población por km ² ^a	Tasa de mortalidad infantil ^b	Médicos por cada 10,000 habitantes ^c
Total nacional	37.56	20.60	16.13
Antioquia	89.33	18.90	15.88
Atlántico	639.36	22.80	20.24
Bogotá, D. C.	4209.30	16.89	32.55
Bolívar	72.33	40.00	12.70
Boyacá	54.13	22.90	12.51
Caldas	122.81	14.50	7.30
Caquetá	4.72	38.90	4.45
Cauca	43.30	46.70	8.43
Cesar	39.44	38.30	14.74
Córdoba	58.67	34.90	8.80
Cundinamarca	100.86	23.30	6.97
Chocó	9.76	68.10	2.30
Huila	50.85	27.80	14.70
La Guajira	32.69	38.60	9.09
Magdalena	49.59	32.40	10.30
Meta	9.15	32.80	12.88
Nariño	46.35	41.60	8.94
Norte de Santander	57.44	24.10	11.66
Quindío	289.73	16.70	14.23
Risaralda	216.79	17.30	17.45
Santander	64.11	21.60	19.95
Sucre	70.72	27.60	10.03
Tolima	57.95	22.10	6.96
Valle del Cauca	187.96	16.50	17.08
Arauca	9.75	50.40	8.70
Casanare	6.62	37.30	9.98
Putumayo	12.47	33.00	7.87
San Andrés, Providencia y Santa Catalina	1603.50	17.80	11.91
Amazonía(1)	0.75	42.00	4.21

(1) Incluye los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada

Fuentes: a. DANE – Geoestadística y Proyecciones de Población por Departamento (2005). En Series de Población y Geoestadística; b. Jaramillo, Chernichovsky y Jiménez-Moleón (2012); c. Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante observar que, como organismo público, la HSA no puede ofrecer un seguro complementario que cubra beneficios complementarios (BC). Esto significa que un modelo que incluya una HSA requiere otros aseguradores que cubran los BC y también arreglos complicados para supervisar a los proveedores. Sin embargo, esto no representaría un problema importante en las zonas de la periferia donde es posible que la población sea pobre. Luego, puede no presentarse problema alguno donde una EPS esté regulada como un monopolio local para la administración de fondos públicos.

El modelo que se propone, podría generar un considerable aumento en eficiencia y equidad, al reducir una posible duplicación de servicios y llevar los servicios a poblaciones relativamente remotas, que es poco probable que sean atendidas por modelos competitivos.

d. Atención preventiva y promoción de la salud (APPS)

La organización y administración de la atención preventiva y la promoción de la salud es un reto normal, particularmente en sistemas de competencia regulada. Generalmente se piensa, aunque no se comprueba, que las EPS o los planes que compiten entre sí, pueden no tener incentivos para invertir en la prevención y promoción de la salud de sus afiliados, debido al riesgo de perder el monto invertido en prevención de la salud, cuando los afiliados se cambian de una EPS a otra (Chernichovsky y Leibowitz, 2010).

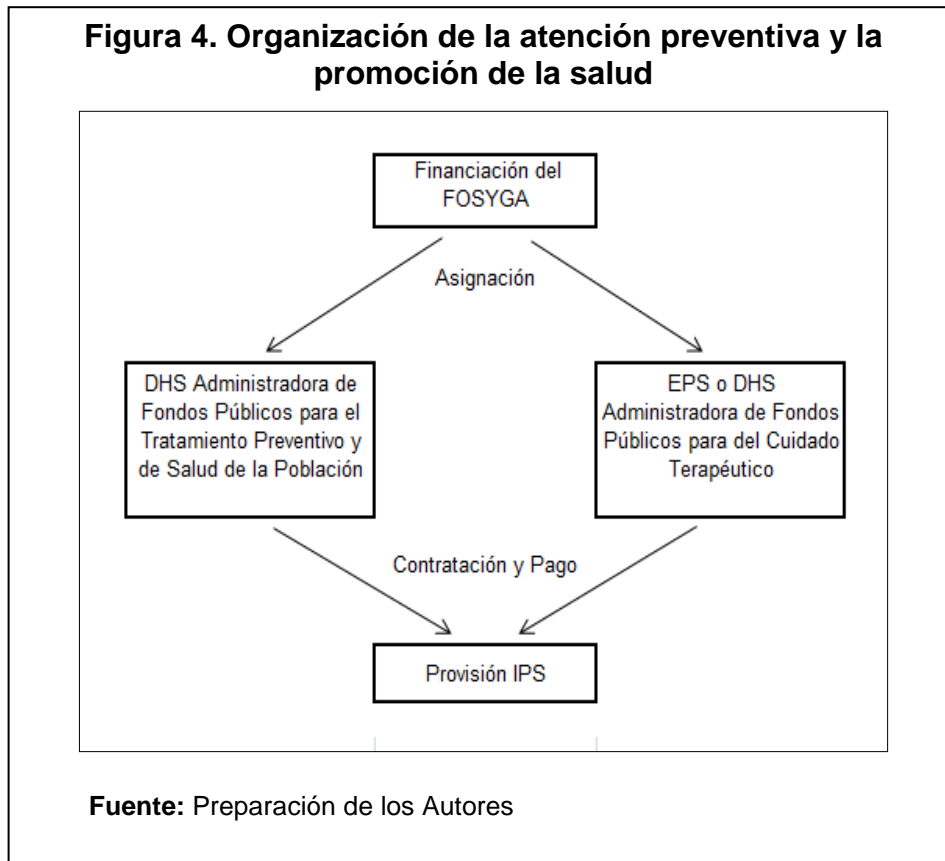
En Colombia, el desafío podría ser relativamente mayor que en otras partes. Las administradoras de fondos públicos que se enfrentan a presiones financieras, como puede ser el caso de Colombia (debido a que los precios de insumos médicos no están regulados), están dispuestas a tomar menor riesgo y podrían efectivamente sacrificar la prevención y promoción de la salud que no reporta “beneficios inmediatos”.¹⁸

Para tratar los aparentes desincentivos que tienen las EPS, el sistema puede organizarse como se indica a continuación (Figura 4). A pesar de estar

¹⁸ Las discusiones no toman en cuenta los problemas relacionados con malos manejos financieros y corrupción que ya quedaron resueltos con algunas de las EPS.

financiados con recursos públicos (por ejemplo, un FOSYGA reformado), la responsabilidad de la administración fondos públicos o de la ejecución del presupuesto y la implementación de servicios de medicina curativa, así como la atención preventiva y la promoción de la salud se delegan a autoridades diferentes. Y la prevención necesaria (por ejemplo, vacunaciones) la podrían brindar proveedores que presten servicios de estos dos tipos de medicina.

Esta es la solución común, de acuerdo con las experiencias relevantes de los países europeos. Mientras que las EPS se encargan de la medicina general, el gobierno y las autoridades locales manejan la atención preventiva y la promoción de la salud (APPS). Esta podría ser una solución realista en el caso de Colombia debido a los arreglos presupuestales existentes para la APPS y al papel que desempeñan las autoridades locales en la supervisión y administración de los recursos de esta misma. Esta puede ser una solución eficiente para la producción de servicios de salud y servicios médicos dado que podría mejorar los niveles de coordinación entre las diferentes clases de atención y de instituciones (Chernichovsky y Lebowitz, 2010)



e. Integración vertical de la administración de fondos públicos y la prestación de servicios

La integración vertical bajo un sistema de competencia regulada, como en el caso de Colombia, se relaciona con la integración de la administración de fondos públicos, como función principal de las entidades promotoras de salud –EPS, y la prestación de servicios salud, como función principal de los proveedores de servicios de atención a la salud –IPS–.

Es común que exista este tipo de integración en instituciones gubernamentales, como en el caso de Colombia, que pueden también integrar la función del manejo de las finanzas, para convertirse en verdaderas burocracias integradas verticalmente, que son las que la competencia regulada busca disolver. De hecho, en línea con el espíritu de la competencia regulada, Colombia ha

realizado esfuerzos deliberados, aunque no del todo exitosos, por librar al estado de la propiedad y operación de instituciones, particularmente de hospitales del estado que venden servicios de salud a las EPS. El hecho de que el gobierno aún posea hospitales, lo condujo a obligar a las EPS a comprar una cantidad mínima de servicios de salud a los hospitales públicos, haciendo caso omiso a los principios de la competencia regulada.

En general, no es común una integración vertical entre la administración de fondos públicos y la prestadora de servicios de atención a la salud, por varias razones. Primero, las EPS no integradas pueden pagar el costo marginal de prestación servicios de salud, en lugar de asumir pasivos por concepto de capital fijo y costos laborales semifijos (como los que se relacionan con los trabajadores sindicalizados; estas EPS no se exponen a inversiones en instalaciones medicas, en particular, los hospitales. Segundo, desde la perspectiva de las administradoras, aquellas que no están integradas pueden utilizar estrategias publicitarias, que permitan a los afiliados contar con una amplia gama de proveedores, que no necesariamente son propiedad de la EPS o han sido contratados por la misma. De esta forma, donde existe la infraestructura para la competencia regulada, las instituciones no integradas podrían ser más receptivas a sus clientes. La tercera razón, estrechamente relacionada con la segunda, pero desde la perspectiva del público, es que las instituciones no integradas ostentan menos poder para explotar el cliente. Y Cuarto, desde la misma perspectiva, los planes integrados asumen menos responsabilidades financieras y administrativas, y los riesgos que vienen con éstas.

Por estas razones clave, en los mercados altamente competitivos de los Estados Unidos, las administradoras, con la notable excepción de Kaiser Permanente, evitan la llamada integración vertical. Con respecto al sistema de referencia, pueden existir porteros para controlar el acceso para el manejo de los paciente por calidad, cuando lo real es que buscan reducir los costos.

Mientras que Israel permite que las administradoras o los fondos para el seguro de enfermedades organicen la atención a la salud, como ellos deseen, en Europa se desaprueba la integración.

En virtud de que los esfuerzos por llevar a cabo una integración vertical pudieran estar motivados por la intención de crear monopolios, incluso localizados, cuando se sancionan esos esfuerzos, se requiere una cuidadosa regulación de los precios que ofrecen los prestadores, a la libre elección y el acceso a la atención en salud y a la responsabilidad del estado para asegurar las inversiones, como se sugiere más adelante.

De hecho, dos críticas sobre la integración vertical en Colombia son, primero, que las EPS integradas disponen de los medios para utilizar el incentivo al riesgo de selección y reducen la calidad con el objetivo de ahorrar dinero, y segundo, que pueden desviar recursos de los clientes con mayor facilidad, que cuando están integrados verticalmente. Sin embargo, la primera crítica se atribuye generalmente al método de la capitación como mecanismo de distribución y no a la integración vertical. De hecho, muchos prestadores reciben pagos de las EPS mediante capitaciones, y por consiguiente poseen estos mismos incentivos. La segunda crítica se refiere más a transparencia en la contabilidad y a prácticas de gobierno corporativo, que a la integración. En ausencia de una contabilidad clara y de políticas de buen gobierno se pueden desviar recursos, en principio, en el nivel de la EPS o del prestador sin que exista integración. Estos problemas pueden resolverse mediante una competencia viable por un lado, y por el otro a través de la regulación. Estos problemas pueden resolverse mediante una competencia viable, por un lado, y la regulación, por otro lado.

11. Dirección y regulación

La competencia administrada es competencia regulada. A pesar de no estar directamente operada por el estado, el mercado interno donde operan las EPS, necesita regularse de forma estricta¹⁹ y Colombia continua rezagada en este sentido.

a. El mercado de insumos médicos

El control de los precios de los insumos, los salarios y honorarios del personal médico y los costos de la tecnología, particularmente de productos farmacéuticos, es la clave para la operación exitosa de la competencia administrada, bajo el presupuesto fijo asignado mediante un mecanismo ajustado por riesgo.

A diferencia de un poseedor de presupuesto representado por un monopsonio estatal no competitivo, las EPS administradoras del presupuesto que compiten entre sí, no pueden controlar eficientemente los precios de los insumos. Los incrementos no anticipados en los precios de los insumos médicos, socavan las operaciones del sistema. A menos que esté ajustado al presupuesto y los mecanismos de asignación, los precios generan presiones en las EPS para que seleccionen lo mejor (los relativamente más sanos sobre los enfermos o selección del riesgo favorable), reduzcan la calidad del servicio y de de la atención a la salud y recurran a prácticas financieras cuestionable, incluido el pago retrasado a los prestadores de servicios de salud.

b. Calidad del servicio y de la atención a la salud

Garantizar la calidad de la atención a la salud en particular es un desafío, especialmente en un ambiente no competitivo con una población que cuenta con un perfil socioeconómico relativamente bajo, y pudiera no tener los conocimientos y el poder suficiente para elegir de manera informada, e insistir en sus derechos.

¹⁹ Este concepto no debe ser confundido con atención médica administrada.

Por tanto, Colombia necesita poner en marcha un sistema eficaz que garantice la calidad, principalmente para ayudar a las EPS a ocuparse de cuestiones de la calidad en la atención en salud, mientras se apoya a la población con la elección informada.

Colombia promulgó una ley con estos fines en 2006, pero la ley no ha sido implementada efectivamente (CRC, 2007).

c. Gobierno de las EPS

A pesar de ser entidades con fines de lucro, las EPS son una rama del estado en virtud de que utilizan recursos públicos y la demanda de sus servicios está garantizada. Esta situación exige un estricto control gubernamental, al menos de los asuntos financieros de las EPS (Chernichovsky, Frenkel, y Mizrahi, 2009).

Colombia parece tratar a las EPS como si fueran aseguradoras normales. Esto es más evidente en las regulaciones que requieren que las EPS, por ejemplo, mantengan reservas financieras. Uno cuestionaría la lógica que tiene regular dichas reservas ya que a final de cuentas, están a expensas del contribuyente y lo único que podrían hacer sería retrasar la necesidad de un rescate, por parte del gobierno, cuando las EPS estén en problemas financieros.

El siguiente reglamento puede guiar las finanzas de las EPS, especialmente si estas son entidades con fines de lucro:

- Funcionamiento basado en un costo plus regulado por el precio de los insumos médicos.
- Mantener una cantidad limitada de reservas financieras, en forma de instrumentos aprobados por el estado.
- Condiciones estrictas de pago a prestadores.
- Las reservas, incluidas las de los propietarios, deberán ponerse a disposición del estado con el objeto de pagar

oportunamente a los prestadores, cuando las EPS no lo hagan.

- No permitir la integración vertical entre las EPS y los prestadores.

Lo anterior exige la presencia de las actores sociales interesadas, incluido el estado, que aporta el financiamiento y los miembros de las juntas de las EPS, para una estricta supervisión de sus negocios.

d. Dirección

En el contexto de la reforma que se propuso anteriormente, e independientemente de otras modificaciones, el gobierno nacional y el gobierno departamental (estadosl) serán, en general, responsables de:

- Formular e implementar políticas. Esto incluye la institución, regulación y aplicación de normas, y el establecimiento de criterios de asignación y de lineamientos para los contratos, incluido el establecimiento del mecanismo para la formación de los precios, los horarios de reembolso y los procedimientos.
- Regular los monopolios y los monopsonios naturales y las inversiones importantes.
- Supervisar y evaluar, así como promover, la competencia y la elección del consumidor. Esto incluye la tarea de salvaguardar los dineros públicos y la supervisión de afiliados/pacientes, así como la recopilación periódica de información con objeto de garantizar que los jugadores del sistema observen los reglamentos y diseminen la información pertinente a la ciudadanía y a los pacientes.

- Coordinar actividades relacionadas con el medio ambiente, saneamiento, salud pública, incluidas aquellas que tienen repercusiones en el largo plazo (especialmente la atención preventiva), educación y capacitación médica, investigación, y la adopción de nuevas tecnologías.

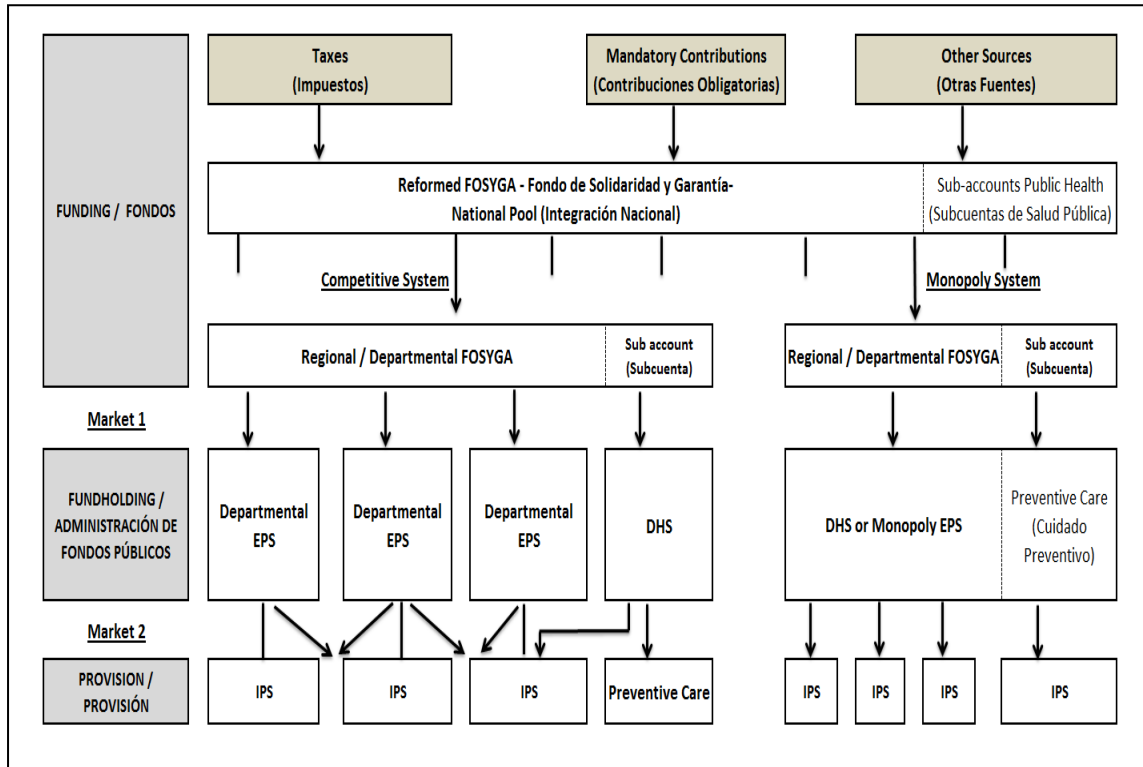
12. El sistema reformado

En resumen, la reforma del sistema colombiano integrado, por la filosofía y los principios de la Ley, puede representarse en la Figura 5. El sistema sería nacional, pero estaría organizado regional y departamentalmente. Todos los fondos del sistema se integrarían mediante el FOSYGA Nacional, el cual tiene sucursales regionales.

Dependiendo de las circunstancias locales, pueden existir EPS competitivas que operen como centros de costos regionales/departamentales o una autoridad monopólica – Servicios de Salud Departamentales o Autoridad de Servicios en Salud – DHS (EPS monopólica encargada del tratamiento). Esta Autoridad puede crearse para administrar la Atención preventiva y promoción de la salud (APPS) en cada región/departamento.

Los fondos podrían ser asignados a las regiones/departamentos por medio de un mecanismo de UPC revisado, así como por un presupuesto destinado a las actividades de atención preventiva y promoción de salud (APPS). Estos factores, tomarían en cuenta las diferencias regionales en salud y en condiciones médicas.

Figura 5. Estructura del Sistema de Salud Colombiano Completamente Reformado



b. Leyenda:

- i. EPS – Entidades Promotoras de Salud – Plans (e.g. Organizaciones Para el Mantenimiento de la Salud)
- ii. IPS – Instituciones Prestadoras de Servicios – Medical Care Providers.
- iii. DHS – Autoridad de Servicios de Salud – Departmental Health Service (Autoridad Independiente)

13. Referencias

Barón, G. (2007). Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003: El Gasto Nacional en Salud y su Financiamiento. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Ladiprint Editorial.

Bernal, O., Forero, J. C., Forde, I. (2012). Colombia's Response to Healthcare Crisis. In BMJ. No. 344.

Clavijo, S. (2009). Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances. In IMF Working Paper vol. 58: 1-33.

Chernichovsky, D. (1995a). Health System Reforms in Industrialized Economies; An Emerging Paradigm. In The Milbank Quarterly vol. 73: 339-372.

Chernichovsky, D. (1995b). What Can Developing Economies Learn from Developed Economies? In Health Policy vol. 32: 79-91.

Chernichovsky, D. (2002). Pluralism, Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems. In The Milbank Quarterly vol. 80: 5-40.

Chernichovsky, D. (2009). Not Socialized Medicine-An Israeli View of Health Care Reform. In New England Journal of Medicine vol. 361, No. 21: e41.

Chernichovsky, D. and Leibowitz, A.A. (2010). Integrating public health and personal care in a reformed US health care system. In American Journal of Public Health vol. 100, No. 2: 205-211.

Chernichovsky, D., Donato, R., Leibowitz, A. (2012). What Can the U. S. Learn from its Allies?. (Processed)

Chernichovsky, D., Mirzrahi, S., Frankel A. (2008). The Public Supervision Funds in Israel. Taub Center for Social Policy Studies in Israel.

Chernichovsky, D. (2012a). Disaggregation Private Spending on Medical Care for Improved Policy Making. (Processed)

Chernichovsky, D. (2012b). Private Household Spending in Colombia- An indication to System Performance. (Processed)

Chernichovsky, D., Martinez, G., Aguilera, N. (2012). The Mexican Healthcare System-Time for Further Structural Reform. (Processed)

Comisión de Regulación en Salud (2011). Acuerdo 029 de 2011, "*Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*". Diciembre 28 de 2011. Bogotá, Colombia.

Comisión de Regulación en Salud (2012). Acuerdo 032 de 2012, "*Por el cual se unifican los planes de salud para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitalización UPC del Régimen Subsidiado*". Mayo 17 de 2012. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Colombia (1993a). Ley 60 de 1993, "*Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad*

con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones". Agosto 12 de 1993. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Colombia (1993b). Ley 100 de 1993, *"Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones"*. Diciembre 23 de 1993. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2007). Ley 1122 de 2007, *"Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. Enero 9 de 2007. Bogotá, Colombia.

Congreso de la República de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011, *"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"*. Enero 19 de 2011. Bogotá, Colombia.

Corte Constitucional (2008). Sentencia T-760 de 2008, Julio 31 de 2008. Bogotá, Colombia.

Figueras, J., Robinson, R., Jakubowsky, E. (2005). Purchasing to improve health systems performance. Europe: Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies. 298 p.

Glassman, A.L., Escobar, M.L., Giuffrida, A., Giedion, U. (2009). From Few to Many: Ten Years of Health Insurance Expansion in Colombia. Washington D.C. The Brookings Institution.

Guerrero, R. (2008). Financing Universal Enrollment To Social Health Insurance: Lessons Learned From Colombia. In Well-Being and Social Policy vol. 4: 75-98.

Guerrero, R. and Hails, P. (2008). Method for Estimating the National Health Accounts in the Case of Colombia. Harvard Initiative for Global Health. (Processed)

Guerrero, R., Gallego, A.I., Montekio, V.B., Vásquez, J. (2011). Sistema de Salud de Colombia. En Salud Pública de México (Suplemento 2): S144-S155.

Jaramillo, M.C., Chernichovsky, D., Jiménez-Moleón J.J. (2012) Resolving the Enigma of Infant Mortality Rate in Colombia. Working Papers Series. Social del Sistema de Salud en Colombia. En Borradores de Economía No. 624.

Pinto, D. (2008). Colombia: Good Practices in Expanding Health Care Coverage. In Good Practices In Health Financing. Washington, World Bank: 137-183.

Yepes, F.J., Ramirez, M., Sanchez, L.H, Ramirez, M., Jaramillo, I. (2010). Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Ottawa ON: Centro de Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

Science Research Network [online]. Publicado en Junio 30, 2012. URL disponible en: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2096901

Londoño, J. L. and Frenk, J. (1997). Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. In Health Policy: 1-36.

Melo, L. A. and Ramos, J. E. (2010). Algunos Aspectos Fiscales y Financieros del Sistema de Salud en Colombia. En Borradores de Economía No. 624.

Pinto, D. (2008). Colombia: Good Practices in Expanding Health Care Coverage. In Good Practices In Health Financing. Washington, World Bank: 137-183.

Yepes, F.J., Ramirez, M., Sanchez, L.H, Ramirez, M., Jaramillo, I. (2010). Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Ottawa ON: Centro de Internacional de Investigaciones para el Desarrollo.

Working paper