
DISEÑO Y EXPERIENCIA DE LA REGULACIÓN EN SALUD EN COLOMBIA*

*Jairo Humberto Restrepo Zea***

*Sandra Rodríguez Acosta****

INTRODUCCIÓN

Las reformas sectoriales de las últimas décadas han buscado la formación de mercados, la mayor participación de los agentes privados en la oferta de bienes y servicios que antes se producían bajo monopolio estatal y la libre elección de su proveedor. Aunque existe una polémica sobre los verdaderos propósitos o alcances de esas reformas y de sus resultados en materia de cobertura y ajuste fiscal, la liberalización y la privatización han marcado la pauta como estrategias para mejorar los niveles de eficiencia y bienestar.

La lógica de las reformas ha inducido varias innovaciones, en particular la desintegración vertical de actividades que antes realizaba una sola firma, casi siempre estatal. En torno a la oferta de nuevas firmas competidoras han surgido mercados y se han desarrollado

* Este artículo es producto de la investigación “Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano”, financiada por la Universidad de Antioquia y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias), realizada entre julio de 2002 y octubre de 2003. También participaron Durfari Velandia N., como asistente, y David Tobón A., como asesor. Una versión preliminar fue presentada en *Borradores del CIE 1*, y algunos temas adicionales en *Observatorio de la Seguridad Social 6* [<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>]. Fecha de recepción: 9 de octubre de 2003, fecha de aprobación: 17 de octubre de 2004.

** Economista y Magíster en políticas públicas. Profesor investigador de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Coordinador del Grupo de Economía de la Salud (GES) adscrito al Centro de Investigaciones Económicas (CIE), jairo@catios.udea.edu.co

*** Economista y Magíster en Economía de la Universidad de Antioquia. Profesora-investigadora del Instituto de Estudios Económicos del Caribe, Universidad del Norte. rsandra@uninorte.edu.co

comportamientos estratégicos para reducir los costos de transacción y mantener la presencia en el mercado. Se han hecho integraciones y alianzas y adoptado otras conductas que, junto a las externalidades o los problemas de información, ponen en riesgo el bienestar del consumidor.

La reforma colombiana al sistema de salud es un ejemplo interesante. El seguro público sufrió una desintegración vertical con la separación de las actividades de financiamiento y de prestación de servicios. Se creó un mercado que lo articuló con el de servicios médicos, que también recibió un impulso para ampliar la oferta y mejorar la calidad. Esta reforma de los mercados de la salud se complementó con la descentralización territorial y, como se podía predecir desde la economía institucional, llevó a diseñar mecanismos de regulación para facilitar el desarrollo armónico de los mercados.

El marco regulatorio de este sistema de salud se caracteriza por dos conjuntos de hechos. El primero, relacionado con su contenido, se refiere a las instituciones y normas que guían el sistema, a nivel macro por variables o instrumentos de política que buscan promover la competencia regulada, para que el seguro tenga cobertura universal y se eviten la selección de riesgos y el riesgo moral; a nivel micro, hay restricciones para la entrada y operación de los agentes que incluyen requerimientos de capital, solvencia, exposición a riesgos y garantía de la calidad.

El segundo está relacionado con el proceso de regulación. Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (cnsss), organismo colegiado del que existen pocos precedentes en el mundo y que cumple funciones de regulación, administra recursos del sistema y funciona como espacio de concertación. El Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud completan el conjunto de organismos reguladores, que se encargan de funciones más técnicas y específicas en materia de definición de normas, vigilancia y control.

En este artículo se analizan las principales funciones de la regulación y los organismos que intervienen en ella, y se identifican algunos vacíos e inconsistencias en su diseño y operación. Consta de cuatro secciones. La primera trata los aspectos teóricos y el diseño general de la regulación colombiana. En la segunda se examinan los instrumentos macro que guían su desempeño y las variables micro para la operación de los mercados de seguros y prestación de servicios. La tercera revisa la historia y las funciones de los organismos reguladores; y en la sección final se presentan las conclusiones y algunas sugerencias.

LA REGULACIÓN EN SALUD: TEORÍA Y DISEÑO INSTITUCIONAL

DEFINICIÓN Y PROBLEMAS: CONTRAPUNTEO CON LA FUNCIÓN DE RECTORÍA

La regulación es una institución formal que cumple la función pública de restringir las actividades de los agentes que participan en el mercado, de manera intencional y con el propósito de garantizar el bien común (Mitnick, 1989, 26). Se manifiesta en normas, leyes, reglamentos, decretos o resoluciones, que son de dominio público y obligatorias para todos los agentes, cuyo incumplimiento puede acarrear sanciones. Además, las normas buscan corregir problemas específicos que impiden el desarrollo de los mercados o producen resultados socialmente indeseables.

El estudio de la regulación se puede abordar teniendo en cuenta dos elementos: a) las instituciones o normas en las que se expresa el carácter y la función de la regulación, y b) los organismos que cumplen esa función, que estructuran las relaciones entre los agentes y definen, ejecutan y vigilan el cumplimiento de las normas.

Ambos elementos se determinan mutuamente. En primer lugar, las organizaciones están limitadas por las instituciones, lo que determina las oportunidades potenciales de maximización de sus objetivos, expresados en logros en regulación (North, 1993). En segundo lugar, las instituciones son un producto de las organizaciones, que pueden controlar su entorno emitiendo normas que definen las relaciones de las entidades sujetas a regulación que quieren afectar (positiva o negativamente); que pueden recompensar, incentivar o castigar; y que tienen poder para reducir (aumentar) la incertidumbre, garantizando la estabilidad (o provocando inestabilidad) y manteniendo el intercambio entre agentes en determinadas condiciones (Mitnick, 1989, 29).

La regulación es un proceso dirigido por los organismos reguladores que comprende el diseño y la fijación de normas, y de medidas para garantizar su aplicación, así como la fiscalización y el control (Ferreiro, 2000). Los estudiosos han identificado fallas en el ejercicio de esta función (Musgrave, 1996; Prever y Harding, 2000). Un primer problema se origina en las relaciones entre organismos reguladores, donde surgen conflictos de interés entre sus funcionarios y los objetivos de la regulación. Los conflictos de poder debilitan o desvían del objetivo de la función y conducen a la *captura de beneficios* por las entidades reguladas más influyentes o por los ejecutores de la regulación. La captura de beneficios lleva a que el sector público

tome decisiones ineficientes en términos distributivos, que sirven a los intereses de los grupos que más influyen en las decisiones (Mitnick, 1989, 222).

La segunda falla se asocia con *problemas de información*. Las estrategias ideadas para llevar a cabo los objetivos finales son poco eficaces o no son las mejores para cumplir las metas, debido a la ausencia o insuficiencia de información sobre los efectos de las medidas, que a veces producen mayores ineficiencias que las que trataban de corregir. Además, puede haber asimetría de información entre el regulador y los regulados; así, el primero carece de elementos para conocer las actividades que regula y, por tanto, sus decisiones pueden ir en desmedro de las necesidades sociales y favorecer a los segundos.

El tercer problema se refiere a la *inconsistencia de las decisiones*. Los gobiernos actúan en escenarios de corto plazo, normalmente definidos por los períodos de elección, y puede predominar la búsqueda de una eficiencia estática incompatible con la eficiencia dinámica (Mitnick, 1989). Además, si la regulación está a cargo de organismos en los que las normas se definen mediante votación, puede haber inconsistencias como la de la paradoja del voto, e inestabilidad en la toma de decisiones (Arrow, 1963).

Con este marco conceptual, el análisis toma como referente el Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 (WHO, 2000), que analiza el desempeño de los sistemas de salud en el mundo e identifica cuatro funciones esenciales: *rectoría, provisión de servicios, generación de recursos y financiación*. La primera es especial por su influencia sobre las demás. Según la OMS, reúne aspectos que van más allá de la simple reglamentación, involucra a toda la sociedad y comprende la dirección de la política de salud, que influye en todas las funciones del sistema para lograr el fin último: mejorar las condiciones de salud de la población.

La función de rectoría corresponde a la definición de regulación de Mitnick, aunque existen diferencias conceptuales. La OMS define la rectoría como “el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población”, liderado por una autoridad nacional –el Ministerio de Salud–, y cuyos gestores son todos los actores que participan en el sistema, a lo que atribuye un cuidado y una responsabilidad desligados de sus intereses particulares, motivados por el compromiso colectivo (Travis et al., 2002).

Las motivaciones de los ejecutores de la rectoría y de la regulación tienen una gran diferencia. Al rector lo motiva el interés colectivo y, por tanto, utiliza su poder para lograr el buen desempeño del sistema, su desarrollo adecuado y su mejoramiento continuo. En cambio, el

regulador es impulsado por el instinto económico que se traduce en individualismo, y sus acciones buscan maximizar su propio beneficio¹. Las fallas de la rectoría y de la regulación se manifiestan de igual manera, pero su origen es diferente: en la rectoría son independientes de la voluntad del rector; en la regulación nacen de la búsqueda del interés propio del regulador (Armstrong, 1997; Finkelstein y Hambrick, 1996; Mckee, 2001; Murray y Frenk, 2000).

En el desempeño de la rectoría se presentan tres fallas (WHO, 2000): a) la *miopía*, que se manifiesta en falta de políticas de largo plazo que definan prioridades y formen expectativas sobre el papel que deben cumplir los actores; b) la *carencia de estrategias* que incentiven la participación de los agentes en una dirección determinada, lo que lleva a emitir normas y reglamentos que generan resistencia al cumplimiento y no garantizan el buen desempeño del sistema; y c) la *falta de mecanismos de presión* para obligar a los agentes a cumplir sus compromisos o, de existir, la abstención de utilizarlos.

La *provisión de servicios* requiere la función rectora para tomar decisiones correctas acerca de qué servicios proveer, a quién prestarlos y cómo racionarlos. Una mala decisión puede dejar a la población sin los cuidados que precisa. En cuanto a la *generación de recursos*, la rectoría debe asegurar la calidad, brindar confianza en la calificación de los recursos humanos y dar transparencia competitiva al mercado para el suministro de medicamentos, equipos médicos e infraestructura requerida, pues el sector privado realiza gran parte de estas actividades e impone barreras de entrada al mercado en forma de patentes y licencias y grandes inversiones de capital a largo plazo.

Con respecto al *financiamiento*, la rectoría interviene para eliminar o reducir las barreras económicas que impiden el acceso a los servicios de salud, haciendo posible la disponibilidad de fondos y generando incentivos para los proveedores. Aquí se diferencian tres elementos: las fuentes de ingresos, su acopio y administración, y la compra de servicios. Los fondos deben ser suficientes para cubrir los gastos de los servicios de salud y se espera recaudarlos cada vez más mediante la modalidad de prepago, que el riesgo individual se diluya entre el conjunto de la población y que haya un sistema de compras estratégicas basado en una investigación continua para decidir qué comprar, cómo y a quién, y optimizar el desempeño del sistema.

¹ Esta diferencia parece desafiar la teoría de la elección pública. El concepto de rectoría supone que existen individuos guiados por el bien común y desprovistos de egoísmo. Pero, como reconoce la literatura, y lo admite la OMS, es una propuesta que no ha sido adoptada en ningún país.

En esta concepción, que adoptamos para el análisis siguiente, la función de rectoría se atribuye al gobierno, que debe hacerla visible en los distintos niveles del sistema y generar los mecanismos necesarios para influir en todos los agentes. Pero consideramos que la regulación es parte esencial de la rectoría y usamos ambos términos sin destacar sus diferencias.

LA REGULACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Colombia adoptó el seguro público de salud, con una doble connotación en el contexto internacional: desde un punto de vista macro, hizo explícito el propósito de universalizar el seguro mediante la extensión de la cobertura a la familia de los cotizantes (régimen contributivo) y la afiliación gratuita de las personas sin capacidad de pago (régimen subsidiado). Para lograr la ampliación de cobertura, la reforma aumentó la cotización sobre la nómina (del 7% al 12% del ingreso) y la destinación de recursos fiscales para cubrir los subsidios, en particular mediante las transferencias de inversión social recibidas por los municipios.

A nivel micro, hubo una reorganización sectorial basada en los principios de la competencia y las cuatro funciones propuestas por la oms: la *regulación*, en cabeza del cnsss, organismo encargado de dictar las reglas de mercado para la operación del sistema; el *financiamiento*², en especial a través del Fosyga que reúne las cotizaciones y algunos recursos fiscales destinados al régimen subsidiado; la *administración* del seguro, mediante el mercado regulado que surgió con la desintegración vertical del Instituto de Seguro Social (iss); y la *prestación de servicios*, cuyo mercado se transformó mediante los requerimientos de la nueva administración, que llevaron a la ampliación de la oferta privada y al reacomodo de la oferta pública.

El marco general de operación del sistema, en términos de la relación entre agentes y funciones, está determinado por tres variables reguladas por el cnsss: el plan obligatorio de salud (pos), un *producto homogéneo* o plan único que deben ofrecer las empresas promotoras de salud (eps) a sus afiliados y que se expresa en un listado de servicios, medicamentos y procedimientos; la unidad de pago por capitación

² Según la definición de la oms, la función de financiamiento no se cumple cabalmente, en particular porque no garantiza la cobertura universal y no se concentran los recursos en un fondo único. Si bien el Fosyga recolecta recursos para financiar el seguro público de salud, esto sólo se cumple en el régimen contributivo; en el régimen subsidiado el 40% del total, el resto proviene de otras fuentes.

(UPC), el *precio o prima* que se reconoce a estas entidades para cubrir el valor del POS –incluidos los gastos de administración–; y los pagos compartidos, o aportes de los usuarios en el momento de recibir atención en salud, en forma de *deducibles o coseguros*, que buscan atenuar el riesgo moral y contribuir a financiar el POS.

Los servicios que se prestan a los afiliados, el POS, se complementan con dos planes adicionales. El plan de atención básica (PAB), que incluye acciones y programas de salud pública dirigidos a la colectividad y, en forma prioritaria, actividades de vigilancia y control de ciertas enfermedades; éste es un bien público financiado con recursos fiscales y provisto por el Estado a través de los municipios³. Además, los usuarios pueden negociar con su EPS el suministro de servicios adicionales al POS, mediante planes complementarios que tienen características de bienes privados.

Este diseño del sistema colombiano ofrece propuestas novedosas para modernizar los sistemas de salud y buscar armonía en el alcance de la equidad y la eficiencia. No obstante, vale la pena examinar la consistencia entre los aspectos macro y micro, y la posibilidad de alcanzar las metas previstas. Mientras que en el nivel macro se acogen principios socialdemócratas: cobertura universal, un plan relativamente amplio y financiación solidaria, en el nivel micro se adoptan principios de tipo neoliberal: énfasis en la demanda, competencia y criterios de rentabilidad y eficiencia. Es decir, existe una tensión entre la búsqueda de universalidad y solidaridad, por una parte, y la búsqueda de eficiencia, por la otra; los componentes de la salud como bien meritario y bien público se contraponen al propósito de la eficiencia. Al final, los servicios de salud son insuficientes para la sociedad.

Lo más destacado de la reforma es el intento de universalizar la cobertura del seguro. Así se protege a los hogares contra pérdidas financieras, se dan señales a los proveedores sobre el pago de sus prestaciones y se promueve una oferta de servicios que responda a la demanda de la población. Además de buscar que todas las personas reciban los beneficios del seguro, manteniendo el monopolio público del financiamiento como garante de la solidaridad, también se introduce la competencia entre las EPS. En teoría, estos agentes equilibran el diferencial de información entre proveedores y consumidores, pues son un comprador colectivo o *sponsor* (Enthoven, 1993) que controla

³ El PAB surgió en el contexto de la descentralización (Ley 60 de 1993), simultánea a la reforma de la seguridad social. Los municipios hicieron reformas internas para dirigir la salud en su jurisdicción, en especial, para lograr la autonomía de los hospitales públicos.

el riesgo moral y maneja el plan de salud de los afiliados por delegación del Estado⁴.

De manera consistente con el propósito de universalidad, el sistema trata de cubrir problemas importantes que introduce el seguro. La selección adversa se atenúa mediante mecanismos que ofrecen señales positivas a los aseguradores, como el reconocimiento diferenciado de la UPC, que ajusta esta variable según el riesgo por edad, género y ubicación geográfica del afiliado. Las licencias de enfermedad y maternidad se pagan con recursos adicionales a la UPC, se exigen períodos mínimos de cotización para la plena cobertura del POS, y los riesgos adicionales se cubren con otros seguros obligatorios: riesgos profesionales, en el caso de la población empleada en actividades formales, accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

Al tiempo que atenúa la selección adversa, la reforma establece mecanismos para proteger al consumidor y evitar la selección de riesgos. Como contrapartida de la UPC, el POS es un plan de beneficios único e igual para todos. En ambos regímenes se prohíbe la aplicación de preexistencias y exclusiones, aunque en el contributivo se fijan períodos mínimos de cotización para recibir cuidados costosos. Además, se obliga a las EPS a mantener una participación mínima de mujeres de 15 a 44 años y de personas mayores de 60 años entre sus afiliados.

También se contemplan los problemas de riesgo moral. Por el lado de los usuarios, el pago de cuotas moderadoras por la atención ambulatoria opera como un deducible del seguro de salud en el régimen contributivo. Aunque se propuso como un recurso adicional para financiar el POS de los beneficiarios del cotizante, en ambos regímenes se cobra un porcentaje de la tarifa (copago) de los servicios de hospitalización, cirugía y procedimientos. Por el lado de los prestadores, el sistema crea incentivos para que las EPS hagan auditorías médicas y establezcan mecanismos de pago que apunten a compartir el riesgo.

La reforma no se ocupa directamente de la oferta de servicios y deja que las EPS generen mecanismos para racionarla y reducir los costos. Esto llama la atención pues desconoce la necesidad de regular aspectos de tecnología y desarrollo de la infraestructura física y de recursos humanos. Por el tamaño de los mercados, se presentan situaciones de monopolio natural, como sucede con la oferta hospitalaria en municipios medianos y pequeños, y con los servicios de alta tecnología en las ciudades; de monopolios bilaterales, cuando sólo hay

⁴ Hay una discusión interesante sobre la aplicación en Colombia del modelo de *managed competition* de Enthoven y el *pluralismo estructurado* propuesto por Julio Frenk y Juan Luis Londoño. Ver el trabajo de Restrepo (2001).

un asegurador y un prestador; y de mercados incompletos, pues no se garantiza la afiliación de la población con poca estabilidad laboral y de ciertas zonas del país.

El último aspecto crítico es el suministro adecuado de bienes públicos. Por un lado, la separación, poco clara, en dos planes. Mientras se reconoce que el PAB es un bien público, en el POS se incluyen actividades de promoción y prevención, así como bienes con altas externalidades, cuya oferta queda en manos de agentes privados sin incentivos suficientes para invertir. Por otro lado, ambos planes fueron sometidos a la competencia: en el primer caso, al descentralizarlo en los municipios y, en el segundo, al dejarlo en manos de las EPS. Así los proveedores se pueden comportar como free riders y se pueden desaprovechar las economías de escala.

LA REGULACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

LOS INSTRUMENTOS DE REGULACIÓN

Como vimos, el sistema está diseñado en un marco de competencia regulada por tres variables. En primer lugar, la UPC, que en ambos regímenes –el contributivo y el subsidiado– es un punto de referencia para la negociación entre EPS e IPS, y un incentivo para que las primeras administren los recursos con criterios de racionalidad económica. En términos teóricos, las EPS se preocupan por la salud de sus afiliados para reducir los gastos futuros; así, la prevención y la promoción –inversión en salud– son medios para hacer rentable la UPC; además, se emplean prácticas o tecnologías médicas de bajo costo, incluidas las modalidades de pago que promuevan la eficiencia. No obstante, el esquema de capitación puede llevar al deterioro de la calidad de los servicios y a una atención insuficiente frente a las necesidades de la población.

La fijación anual de la UPC desde 1995⁵ parece obedecer a la búsqueda del equilibrio financiero del sistema más que al cálculo de la suma que cubre los costos del POS. Por ello la dinámica de los ingresos del Fosyga y el incremento del salario mínimo –como indicador del comportamiento de las cotizaciones– son clave para orientar su actualización anual.

⁵ Los parámetros que la Ley 100 de 1993 establece para la definición periódica de la UPC son los siguientes: perfil epidemiológico, riesgos cubiertos y costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100, art. 182).

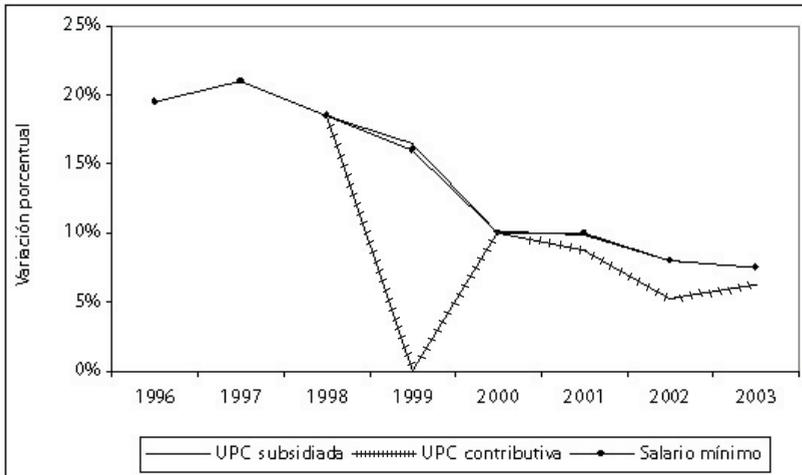
Desde 1999, en el régimen subsidiado, ha cobrado mayor importancia el equilibrio entre la UPC y el valor del POS. En ese año no se fijó un incremento porque los recursos eran suficientes para mantener los servicios, mientras que entre 2001 y 2003 el crecimiento en la utilización del servicio, en particular la atención de alto costo, ha evidenciado el desequilibrio entre ambas variables.

Entre 1995 y 2000, el valor nominal de la UPC del régimen contributivo y el salario mínimo tuvieron un crecimiento similar, aunque la UPC aumentó ligeramente más rápido. A partir de 2001, la UPC creció menos que el salario mínimo y se distanció en cerca de cinco puntos porcentuales, lo que coincidió con la pérdida del equilibrio financiero del régimen⁶. La UPC del régimen subsidiado siguió la trayectoria del salario mínimo en todo el período, con excepción de 1999.

En el régimen contributivo, la UPC real –usando el índice de precios al consumidor, IPC, como medida de la inflación– creció el 10% entre 1995 y 2002, aunque en este último año aumentó menos que la inflación. En cambio, en el régimen subsidiado la UPC real disminuyó el 2%. Si se emplea el índice de precios de la salud la situación es diferente, pues la UPC real del régimen contributivo se redujo el 9,2% y la del régimen subsidiado el 19% (gráfica 1)⁷.

Gráfica 1

Variación nominal de la UPC y del salario mínimo, 1996-2003



⁶ El esfuerzo por conservar el equilibrio financiero del régimen contributivo llevó a tomar dos medidas esenciales en 2002: un crecimiento nominal de la UPC de sólo el 4%, frente a una inflación cercana al 7%, y una reducción de los recursos destinados a promoción y prevención (del 0,5% al 0,16% del ingreso por cotizaciones).

En segundo lugar, el POS estipula la cantidad de servicios médico-quirúrgicos y de medicamentos esenciales que las aseguradoras deben garantizar a sus afiliados, lo que requiere un desarrollo técnico en términos de protocolos de atención y estándares de calidad. Con este plan, el sistema da protección integral a toda la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud; y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en la cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia definidas por la ley.

Originalmente, el contenido de este paquete era diferencial para cada régimen, es decir, se estableció un POS contributivo y uno subsidiado; el contenido del segundo incluía el 50% del primero y se ampliaría de manera gradual hasta igualarlo en 2001. No obstante, pese a que a comienzos de 1995 se intentó acelerar la igualación, ésta no se ha logrado, como tampoco el incremento de la cobertura del paquete subsidiado, puesto que se han supeditado al incremento de la UPC subsidiada, con la que se financia, y a la aprobación del Ministerio de Hacienda.

En el POS se incluyen nuevos procedimientos o tecnologías de tratamiento si no producen desequilibrios financieros con respecto a los recursos de la UPC, y esto se contrapone a la intención de ampliar el plan subsidiado. El POS depende totalmente del valor de la UPC, y la falta de información para hacer estudios técnicos es tan grave que el plan no se ha actualizado desde que se adoptó la Ley 100; sólo se han hecho algunos ajustes en los medicamentos y ajustes puntuales para incluir tecnologías específicas. Entre ciertos sectores y entre los usuarios existe el temor de que por conservar el equilibrio financiero, la revisión del POS se convierta en una reducción.

Además, las acciones de tutela, a las que recurren los ciudadanos para defender y proteger su derecho a la salud —exigiendo la prestación de servicios y la autorización de medicamentos— evidencian la existencia de vacíos y debilidades en los contenidos del POS, así como la falta una reglamentación clara.

En tercer lugar, como recurso de financiación complementario, los afiliados y beneficiarios están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles que deben cancelar cuando reciben servicios. Estas cuotas moderadoras y copagos deben respetar los principios de equidad, información al usuario, aplicación general y no simultaneidad en los pagos; además de tener en cuenta el ingreso base del afiliado

⁷ Ese amplio rango de variación, cerca de 20 puntos porcentuales en cada régimen, se puede reducir y ajustar a la realidad construyendo un índice de precios de los bienes y servicios del POS, que difieren de los que se incluyen en la canasta del IPC de salud.

cotizante. Estos pagos buscan racionalizar el uso de los servicios del sistema y atenuar el riesgo moral de los afiliados, pero no deben ser una barrera al acceso; además, permiten un margen de competencia entre aseguradoras (Restrepo, Arango y Casas, 2002).

Además de las tres variables que acabamos de comentar, el Consejo dispone de otros instrumentos para regular el sistema, pues define el monto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, según los límites establecidos en la Ley 100; los criterios generales para seleccionar a los beneficiarios del régimen subsidiado; el régimen que deben seguir las EPS para reconocer las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad; las medidas para evitar la selección adversa de usuarios y la distribución inequitativa de los costos de atención, y la reglamentación de los consejos territoriales de seguridad social en salud. Además, hace recomendaciones al gobierno sobre las tarifas de los servicios por eventos catastróficos, accidentes de tránsito y atención de urgencias.

VARIABLES MICRO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LOS MERCADOS DE SALUD

Además de los instrumentos de regulación relacionados con el precio y la cantidad de servicios que incluye el seguro de salud, los agentes están sometidos a reglas específicas que regulan su actividad. Aunque en el sistema participan diversos agentes y hay varios sectores, con regulaciones particulares, aquí sólo se analiza la regulación de los mercados de aseguramiento (EPS) y de prestación de servicios (IPS).

La regulación del aseguramiento (EPS y ARS)

Las EPS, que pueden ser de naturaleza privada, pública o mixta, están a cargo de la afiliación y el registro de los afiliados al régimen contributivo, y del recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fosyga. En el régimen subsidiado (ARS), afilian a la población de los municipios y departamentos, mediante contratos con estas entidades; de modo que la afiliación es colectiva y no tienen relación directa con el Fosyga.

En cuanto administradoras del seguro de salud, las EPS deben cumplir normas específicas sobre condiciones de ingreso, seguridad y estabilidad de sus operaciones, cobertura y relaciones con los usuarios. Para ingresar al mercado se necesita la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, ante la que deben acreditar el cumplimiento de varios requisitos: un estudio de factibilidad que demuestre la viabilidad financiera de la entidad, un capital o fondo

social no inferior a 10.000 salarios mínimos mensuales, la presentación de cuentas separadas del patrimonio destinado a la actividad de la EPS y del patrimonio que se destina a prestar el servicio, y un listado preliminar de las instituciones prestadores de servicios (IPS).

En cuanto al volumen de operaciones, en el régimen contributivo es necesario acreditar un mínimo de 20.000 afiliados en el primer año y de 50.000 en el segundo. En el régimen subsidiado, al comienzo se autorizaron 5.000 afiliados hasta el tercer año y 50.000 en adelante; pero en 2001 este mínimo se extendió a 200.000 afiliados. Además, si el capital llega a ser inferior al mínimo estipulado, la Superintendencia puede ordenar que se cubra el faltante en un término no superior a seis meses. También se debe constituir una reserva legal equivalente al 50% del capital suscrito, formada con el 10% de las utilidades líquidas de cada ejercicio, destinada al pago de las pérdidas sociales cuando las reservas contables sean insuficientes. Puesto que la ley sólo exige una reserva del 50% del capital, toda suma que supere este porcentaje se puede capitalizar.

Las EPS deben tener un margen de solvencia para responder por las obligaciones con terceros, en particular con los proveedores. Este margen equivale al monto de las obligaciones que se deben cancelar en un término no superior a un mes. Si superan este término, no pueden hacer nuevas afiliaciones, continuar las actividades para conseguir nuevas afiliaciones ni trasladar afiliados; tampoco pueden comprar o arrendar con opción de compra bienes inmuebles e inversiones, ni usar los ingresos provenientes de la UPC para pagar la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.

En cuanto a los afiliados, están obligadas a mantener un porcentaje de personas vulnerables: mayores de 60 años (5%) y mujeres de 15 a 44 años (20%). Los beneficios del POS comienzan a ser efectivos con el primer pago de la cotización, pero la afiliación es efectiva al día siguiente de iniciada la relación laboral, siempre y cuando se entregue a la EPS el formulario de afiliación. No obstante, durante los primeros treinta días sólo se cubren los servicios de urgencias; los demás cobran vigencia treinta días después, si se ha pagado la cotización.

Para tener derecho a cambiar de EPS en el régimen contributivo, el usuario debe permanecer como mínimo 24 meses en la EPS que eligió. El traslado se hace efectivo desde el primer día hábil del mes siguiente a la fecha de presentación de la solicitud. La EPS de la que se retira el usuario debe prestarle sus servicios hasta el día anterior en que empiezan las obligaciones de la nueva EPS.

Están prohibidas todas las prácticas de competencia desleal, como los estímulos para cambiar de EPS (tratamientos anticipados o espe-

ciales, bonificaciones o pagos de cualquier naturaleza). También están prohibidas las preexistencias, es decir, en la afiliación no se puede discriminar a una persona por su estado previo, actual o potencial de salud. Además, las EPS no pueden terminar unilateralmente los contratos con sus afiliados, ni negar la afiliación a quien garantice el pago de su cotización o el subsidio correspondiente, excepto que se pruebe que ese usuario ha usado o intentado utilizar de mala fe o abusivamente los beneficios que ofrece el sistema.

La regulación de la prestación de servicios (IPS)

Las IPS son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias que prestan servicios de salud⁸: hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros que pueden o no pertenecer a una EPS. En el primer caso, la IPS tiene autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio eficiente.

Las IPS deben calidad con eficiencia, suministrar información oportuna, suficiente y certera a los usuarios mediante una línea telefónica abierta las 24 horas. También deben evitar el abuso de la posición dominante y no pueden hacer alianzas con otras IPS para impedir o restringir la libre competencia. Las entidades territoriales deben crear mecanismos que garanticen la libre competencia en la afiliación al sistema y en la prestación de los servicios subsidiados.

Toda IPS debe tener un sistema contable que registre los costos de los servicios ofrecidos, y para contratar servicios con las EPS o con las entidades territoriales debe acreditar la existencia de dicho sistema⁹. Tampoco puede excluir a los usuarios, lo que es vigilado por un comité técnico científico integrado por la EPS del afiliado. Cuando el afiliado no recibe asistencia eficaz, puede reclamar ante el comité en primera instancia; si persiste la inconformidad, un representante de la dirección municipal de salud debe dirimir el asunto.

Cabe destacar que el Ministerio de Salud definió normas de calidad y satisfacción del usuario, fijó tiempos máximos de espera para cada

⁸ Aunque las normas de prestación de servicios se aplican a todas las IPS, hay ciertas normas técnicas y administrativas especiales para las públicas (empresas sociales del Estado). La fijación de tarifas para la negociación o la definición de escalas de salarios restan autonomía administrativa y financiera a estas entidades.

⁹ De acuerdo con la Ley 100 de 1993, las IPS cuyo patrimonio supere los 200 salarios mínimos mensuales, que presten servicios de urgencias, hospitalización o cirugía de cualquier grado de complejidad, deben establecer un sistema de costos y facturación.

servicio y estableció métodos de registro en las listas de espera, según las patologías y las necesidades de atención. El control y la evaluación de la calidad están a cargo del gobierno nacional, y éste ha expedido normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de la calidad de la atención, que incluyen auditorías médicas obligatorias para las EPS.

Los usuarios deben elegir entre las IPS que estén adscritas a la EPS en que están afiliados, sin descartar a los profesionales vinculados a dicha EPS. La Superintendencia Nacional de Salud puede imponer sanciones pecuniarias a las IPS que empleen prácticas discriminatorias contra los afiliados a las EPS con las que tienen contratos.

El personal que presta los servicios de salud debe tener título profesional: universitario, de especialista, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de salud. Las IPS deben cumplir las exigencias de capacidad tecnológica y científica del sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud, establecidas por el Ministerio de Salud. Las entidades departamentales y distritales de salud podrán someter a consideración del ministerio las propuestas para aplicar –en sus jurisdicciones– condiciones superiores a las que rigen a nivel nacional.

Existe un registro especial de prestadores de servicios de salud, en el que, por mandato de la Ley 715 de 2001 (art. 56), se deben inscribir las entidades departamentales y distritales de salud. En esta base de datos se registran las IPS habilitadas.

El gobierno ejerce una tutela sobre las empresas sociales del Estado (ESE), que limita su autonomía administrativa y financiera, porque puede restringir sus actividades cuando considere que no son compatibles con su política general. Las ESE están adscritas a la dirección nacional, departamental, distrital o municipal correspondiente, según su naturaleza y la reglamentación vigente.

LOS ORGANISMOS REGULADORES

EL CONSEJO NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El artículo 171 de la Ley 100 creó este Consejo como organismo de dirección del sistema, que por su singularidad es una de las innovaciones más notables de la reforma. El país fue pionero en la creación de un Consejo Nacional que funciona como organismo de regulación sectorial. La Ley 100 le encomendó la administración del Fosyga, en el que se contabilizan recursos que ascienden al 2,5% del PIB. La singularidad se manifiesta, además, en que la regulación se realiza

mediante la *concertación* entre los principales agentes del sistema, como dispuso el artículo 156 de la Ley 100.

La creación del Consejo es un resultado de la economía política de la reforma. “La iniciativa de crear el cnsss surgió de las asociaciones médicas, siendo casi la única propuesta sindical acogida por el gobierno” (Gómez et al., 2003, 11). Al impulsar una reforma basada en el desarrollo de los mercados de salud y la profundización de la descentralización, el gobierno enfrentó una seria oposición de los trabajadores del sector salud, particularmente del iss y otras entidades públicas, que buscaron mantener cierto poder sobre el sector y el rumbo de la reforma. Ese poder se ejercía a través de la junta directiva del iss, y se propuso un esquema similar, donde el Consejo ejercía las funciones de junta directiva.

Esta propuesta era consistente con el propósito de extender la cobertura de la seguridad social a toda la población. Pero, como vimos, si bien se mantiene el monopolio del financiamiento y el Consejo administra el Fosyga, al mismo tiempo se promueve la competencia en el aseguramiento y la prestación de servicios, lo que lleva a una pérdida de dirección del sistema que puede repercutir sobre las condiciones laborales de los empleados de la salud y la calidad de los servicios. Además, desde el punto de vista político, se puede argumentar que el Consejo se inspiró en un modelo de seguridad social que fue rebasado por la reforma:

El cnsss se diseñó pensando en tres actores fundamentales, el gobierno, los empleadores y los usuarios, recreando la situación precedente del aseguramiento bismarckiano. Esta repartición resulta anacrónica, distinta al nuevo orden que incluyó la familia, y un plan de salud subsidiado (Gómez et al., 2003, 14).

Como administrador del Fosyga, el Consejo aprueba el presupuesto anual de ingresos y gastos¹⁰. Esta función da lugar al mayor número de acuerdos: de los 246 aprobados hasta abril de 2003, el 53% trataba del manejo del Fondo. Aunque en las cuatro cuentas que lo conforman se observan grandes diferencias, pues mientras la de solidaridad ha merecido el 28% de los acuerdos referentes al Fosyga, la subcuenta de compensación ha contado con el 7%¹¹, y los acuerdos aprobados sólo para autorizar modificaciones sobre el presupuesto anual fueron del 24%.

¹⁰ El Fosyga está formado por cuatro cuentas independientes: *compensación* (régimen contributivo), *solidaridad* (régimen subsidiado), *promoción* de la salud, y eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT).

¹¹ La mayoría de los acuerdos aprobados con respecto a la subcuenta de compensación responden a fallos de tutela.

En cuanto a su carácter de organismo de concertación, vale la pena mencionar que está formado por 14 miembros, con derecho a voz y voto, que representan al gobierno, los aseguradores, los prestadores de servicios, los profesionales de la salud, los empleadores, los empleados y los usuarios del sector rural. El gobierno tiene el mayor número, con seis miembros, seguido por los representantes empresariales con cinco; los tres representantes de los usuarios constituyen la minoría (cuadro 1).

Los ocho miembros del Consejo que no representan al gobierno son nombrados por un período de dos años que se puede prorrogar, y se seleccionan entre las organizaciones mayoritarias jurídicamente reconocidas, que inscriben tres candidatos en la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud. Los representantes de las entidades departamentales y municipales de salud se eligen en las conferencias de secretarios de salud de estas entidades; los representantes del gobierno pasan a ser miembros del Consejo cuando son designados en el cargo público.

Cuadro 1
Conformación del CNSSS

Representantes del gobierno	Representantes de empresas	Representantes de usuarios	Asesores permanentes	Invitados permanentes
1. Ministerio de Salud, presidente	1. Pequeña y mediana empresa	1. Trabajadores	1. Academia Nacional de Medicina	1. Viceministro de Salud*
2. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social o su delegado	2. Gran empresa	2. Pensionados	2. Federación Médica Colombiana	2. Delegado del Departamento Nacional de Planeación*
3. Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado	3. Representante de EPS	3. Asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural	3. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina	3. Superintendente de Salud**
4. Representante departamentos	4. Representante de IPS		4. Asociación Colombiana de Hospitales	4. Representante de cajas de compensación familiar***
5. Representante municipios	5. Representante de profesionales de la salud (asociación de mayoría)		5. Facultades de Salud Pública	5. Representante de empresas solidarias de salud***
6. Representante legal del ISS				

Fuente: Ley 100 de 1993, artículo 171.

* A partir de 1996, Acuerdo 031 del CNSSS.

** Acuerdo 001 de 1994 del cnsss.

*** A partir de 1998, Acuerdo 097 del cnsss. Nota: con el Decreto 181 de 2000, los invitados pierden su calidad de permanentes, pasando a ser convocados cuando se requiera.

Al comienzo, el Consejo reflejó el equilibrio de las fuerzas que discutieron la reforma, por ello el iss no tiene carácter de EPS y es parte de la representación gubernamental; los hospitales públicos quedaron sin participación explícita, los usuarios están en minoría y algunas entidades, como las ARS —que se crearon para desarrollar el sistema—, no tienen participación. Luego, en 1998, para incluir a otros actores que participan en el desarrollo del régimen subsidiado, se invitó a los representantes de las cajas de compensación familiar y de las empresas solidarias de salud.

Mediante su facultad para modificar el reglamento, el Consejo dispuso que, además de los miembros permanentes y los asesores, participara un tercer grupo, con derecho a voz pero sin voto: los invitados permanentes y ocasionales que son convocados a todas las sesiones o a las que se requieren su presencia. La participación de los asesores e invitados permanentes en el Consejo es uno de los puntos reglamentarios de mayor inestabilidad y controversia. Al comienzo se dispuso que los miembros de estas categorías asistieran a todas las sesiones del Consejo, pero luego se estipuló que sólo serían convocados cuando, a criterio del Consejo, el tema lo amerite. Esta condición se modificó en 2002, con el Acuerdo 219, que dispuso nuevamente la participación de los asesores permanentes en todas las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo, quedando así vigente el tema de la conveniencia de la invitación ocasional para estos miembros, puesto que por lo menos dos de ellos (el representante de las cajas de compensación familiar, CCF, y el de las empresas solidarias de salud, ESS) complementan la representatividad de los administradores del seguro en el régimen subsidiado, ARS.

La rotación de los integrantes del Consejo es alta en la caso de los representantes del gobierno, con excepción del representante del Ministerio de Hacienda; de modo que la inestabilidad de los funcionarios de más alto nivel puede afectar la estabilidad de las políticas. En cambio, la representación de los trabajadores, las IPS, los profesionales de la salud y de los usuarios del sector rural se ha delegado máximo en dos personas entre 1994 y 2000. Además, algunas asociaciones están representadas por sí mismas (CUT, ACEMI, Asmedas, Fenalco y ANDI).

Los representantes de la empresa privada, de los usuarios y del gobierno se intercambian con bastante frecuencia. Es el caso de María

Teresa Forero, quien en 1995 era representante de las EPS (ACEMI), y en 1996 fue nombrada ministra de Salud; Nelsy Paredes asistió en calidad de invitada como asesora del ministerio y luego como miembro de ACEMI; David Bersh representó a los usuarios del sector rural y en 2001 fue viceministro de Salud por un corto período. El caso más reciente es el de Augusto Galán, ex ministro de Salud, quien empezó a participar como representante de las IPS, en el momento en que por primera vez su representación se asignó a los hospitales públicos.

EL MINISTERIO DE SALUD

En la estructura organizativa ideada en la Ley 100, la jerarquía reguladora está encabezada por el Ministerio de Salud (art. 173), que formula y decide las políticas, programas y estrategias del sector. Sus responsabilidades incluyen el fomento de la descentralización política, administrativa y financiera del sector, por medio del apoyo a los niveles territoriales; y formular y dirigir programas nacionales para el fomento de la salud pública en todos los aspectos. Sus funciones se centran en procurar el acceso de toda la población a los servicios de salud mediante la promoción de la afiliación a dos regímenes, y garantizar la viabilidad y la estabilidad financiera del sistema.

En particular, el ministerio dicta disposiciones de *entrada y mantenimiento en el mercado* de aseguramiento y de prestación de servicios: normas que deben cumplir los agentes en lo referente a su estructura financiera y técnica, y a los parámetros científicos. También establece las medidas que se deben seguir en los procesos de recolección, transferencia y difusión de la información. Una función adicional es la supervisión permanente de la evolución, la adaptación y el funcionamiento del sgsss para hacer ajustes de políticas.

En materia de financiamiento del sistema, el Ministerio ejerce funciones de planeación, gestión e implementación de políticas, así como de seguimiento de las metas financieras y de gestión; además, reglamenta el recaudo, el flujo y la utilización de los recursos y, más específicamente, se ocupa de la planeación y programación presupuestal del Fosyga –función que desempeñó el cnsss hasta 1996– y de la administración y control del fondo (Dcto. 1152 de 1999).

El Ministerio de Salud ha pasado por varias transformaciones institucionales para adaptarse a la reforma, incluida la descentralización territorial. Sus competencias abarcan el apoyo de la descentralización, la salud pública, los mercados de servicios de salud y de aseguramiento y los aspectos financieros, desde la generación hasta la asignación de los recursos para la salud.

Para reestructurarlo se han expedido dos decretos: el Decreto 1292 de 1994, que lo ajusta a los nuevos requerimientos, define nuevas funciones en el campo analítico y otras relacionadas con el aseguramiento, la prestación de servicios, el financiamiento y la descentralización¹². El informe de Harvard (1996) identificó varios problemas que se presentan en el cumplimiento de estas funciones: el ministerio carece de desarrollo técnico suficiente y no cuenta con metodologías adecuadas para la adquisición de información, la evaluación y la planeación en casi todos los campos, en especial los relacionados con la evaluación de primas y reaseguros, la regulación de la calidad y la asistencia técnica en la descentralización. Además, no cumplía algunas funciones, como la definición de mecanismos para atender a los beneficiarios, la evaluación del mercado, la planeación de recursos humanos y la evaluación de tecnologías de alto costo.

Según el informe, uno de los problemas institucionales más graves, que dificulta la continuidad de las políticas, es el alto índice de rotación del personal profesional de más alto nivel y de los funcionarios encargados de la formulación y administración de las políticas, debido a que los ministros tienen la facultad para nombrar el personal directivo, facultad que se suele emplear para mantener la coalición gubernamental.

El segundo decreto (Dcto. 1152 de 1999) crea un arreglo funcional con dependencias de análisis y planeación de la política, financiamiento y gestión, aseguramiento, desarrollo de la prestación de servicios de salud y salud pública. Con este nuevo arreglo normativo, se amplían funciones específicas para asegurar que toda la población tenga servicios de salud, y se añaden otras para que el ministerio tenga más injerencia en la planeación de la viabilidad y estabilidad financiera del sistema, con ayuda de comités consultores y asesores para suplir las deficiencias de formación científica y capacidad operativa.

Por último, en el marco del ajuste fiscal y de adopción de un nuevo enfoque de la protección social, en 2002 se inició la fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para formar el Ministerio de la Protección Social, donde las funciones se

¹² Entre las funciones analíticas se incluyen: evaluar el mercado, las primas y reaseguros, establecer el sistema de información, planear los recursos humanos, evaluar y controlar las tecnologías de alto costo. Las funciones relacionadas con la regulación del aseguramiento y la prestación de servicios incluyen la afiliación, las regulaciones del aseguramiento y de los paquetes de beneficios. La regulación de proveedores abarca las instituciones proveedoras, la calidad y la atención de los beneficiarios. Y en materia de descentralización debe suministrar asistencia técnica.

organizan en torno al Viceministerio de Salud y Bienestar y al Viceministerio Técnico.

LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

La Superintendencia es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, aunque tiene autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio independiente. Con asesoría del ministro de Salud, el Presidente nombra al Superintendente, responsable de la inspección, vigilancia y control de todos los agentes del sistema. La Superintendencia complementa la función de regulación y sirve como mecanismo de coacción (impone multas y sanciones) para el cumplimiento efectivo de las normas. Sus competencias incluyen el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios y el uso que ellos hacen los usuarios (Ley 100, art. 223). Con el Decreto 452 de 2000, sus funciones se centraron en la relación asegurador-usuario, para dar énfasis a los flujos, la calidad y la oportunidad de la información que las EPS y ARS brindan a sus afiliados, al recaudo de recursos, y la evaluación de la calidad y el acceso a los servicios.

En materia financiera, la Superintendencia vigila la aplicación de las normas existentes, desde las fuentes de generación, pasando por la distribución entre los diferentes agentes, hasta su aplicación. Entre sus funciones más específicas se incluye la vigilancia y el control de la prestación del POS, la adecuada afiliación y el reconocimiento oportuno de los derechos de los usuarios.

Para garantizar la libre elección de los usuarios, además de que autoriza el funcionamiento de las EPS y ARS, esta entidad se ocupa del funcionamiento interno de los aseguradores, para lo cual hace un seguimiento de la situación financiera y de los estándares de desempeño de los aseguradores, y vela para que garanticen una adecuada prestación de los servicios de aseguramiento y de atención a los usuarios. Además, tiene la responsabilidad de atender las quejas y reclamos de los usuarios.

Desde la reforma, esta entidad ha sido reestructurada dos veces, mediante los decretos 1259 de 1994 y 452 de 2000, éste último aún en ejecución. A partir de la primera reforma, se identificaron serias debilidades en este organismo, similares a las del Ministerio de Salud: “en julio de 1995 [se] encontró que ocho de los directivos de más alto nivel (directores de áreas y jefes de oficinas) estuvieron en su cargo por menos de un año, y cinco por menos de seis meses. Sólo uno provenía de la Superintendencia, cuatro de otras instituciones públicas, dos del sector privado y uno tenía experiencia tanto en el sector público como

privado” (Harvard, 1996, 164). Según el mismo estudio, la Superintendencia no tiene visión organizacional ni planeación estratégica, y su personal está mal distribuido; en algunas dependencias hay excesos de personal y en otras áreas hay faltantes.

La reestructuración que está proceso sintetiza y generaliza las funciones que debe cumplir este organismo, ajustándolo más a los requerimientos del sistema: procurar que el modelo de competencia regulada garantice los derechos y deberes de los usuarios, afianzar la calidad del aseguramiento y de los servicios, propiciar una adecuada utilización de los recursos y velar por la estabilidad financiera.

La Superintendencia inspecciona, vigila y controla el cumplimiento de las normas expedidas por el Ministerio y el CNSSS, busca la transparencia de las relaciones entre las aseguradoras y los usuarios y entre las prestadoras de servicios y los usuarios, protegiendo y atendiendo al usuario, y asegurándole un estándar de calidad en la atención, además de darle confianza supervisando el seguimiento del proceso de generación, distribución y aplicación de los flujos financieros de acuerdo con los lineamientos establecidos centralmente.

CONCLUSIONES

Los atractivos que ofrece el contenido de la regulación en salud en Colombia son coherentes con el esquema propuesto, en cuanto a los organismos que ejercen dicha función. En especial, la existencia de un Consejo Nacional le otorga al sistema colombiano una particularidad que aproxima el sector salud a las experiencias de otros sectores como energía y telecomunicaciones. Sin embargo, la conformación de este Consejo puede resultar contraria a los propósitos del bien común, al constituirse en un espacio para verificar los definidos fallos de regulación.

El primer fallo surge por la propia conformación del organismo, la cual, al estar guiada por la participación de los principales actores del sistema y no por las necesidades del consumidor, facilita la captura de intereses. Se generan así problemas de independencia entre los poderes públicos y los agentes regulados, de modo que la presencia dentro del organismo regulador de agentes que a la vez son regulados da cabida al juego de los grupos de interés, donde cada grupo (aseguradores, prestadores, representantes del gobierno y de los usuarios) tendrá incentivos para buscar rentas, de modo que en la interacción entre regulados y reguladores se podrán beneficiar los grupos de interés que ejerzan mayor presión.

Esta apreciación, motivada en el marco de la economía neoinstitucional y como parte de las reformas resultantes de la Constitución

de 1991 (Vélez, 2002), también coincide con la percepción que tienen los regulados y quienes han hecho parte, en algún momento, del organismo: el Consejo tiene un desequilibrio en su integración; la parte gubernamental es muy pesada a la hora de tomar decisiones; suele estar sometido a la imposición de temas; los estudios y propuestas técnicas sólo los desarrolla el ministerio, lo que imprime un sesgo gubernamental a las decisiones. Es decir, bajo la perspectiva de los regulados, el Consejo carece de autonomía.

El segundo fallo, referido a problemas de información, se verifica en el mecanismo de toma de decisiones. Aunque el Consejo posee instrumentos legales para dirigir el sistema, éstos terminan dependiendo de la autoridad del ejecutivo al no contar con estudios propios para sustentar la regulación. En lugar de ello, el Consejo depende de los estudios del gobierno y, lo que puede ser más crítico, los miembros no cuentan con la adecuada capacidad de evaluación de las propuestas, pues su dedicación a los estudios del sistema es marginal, a excepción de los gremios que cuentan con su propio personal técnico para apoyar sus análisis (GES, 2002).

Y el tercer fallo, desde la perspectiva de los regulados, muestra que la regulación ha sido fluctuante, episódica y, en algunos casos, confusa, profusa y difusa. Hay normas que resultan contradictorias pues son muchas las autoridades que las expiden (acuerdos, decretos, resoluciones, circulares). Los regulados consideran que son muchas las entidades que tienen que ver con la regulación y que cada una tiene un lenguaje y un nivel de poder diferente.

Estas dificultades del Consejo resultan de la combinación de tres funciones que pueden no ser compatibles: regulación, administración de recursos y participación social. Es importante, para mejorar el desempeño del sistema e incrementar la estabilidad en las normas y la confianza por parte de los agentes, depurar sus funciones con énfasis en la regulación y, por tanto, modificar su composición para que no esté atada directamente a los grupos de interés. Además, es importante revisar la articulación de este organismo con el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y los consejos territoriales.

En cuanto al funcionamiento en la actividad de regulación, la principal debilidad es la falta de una vigilancia y control efectivos. Aunque se reconocen las dificultades en la emisión de normas, el principal esfuerzo debe ser garantizar esa estabilidad y, ante todo, que exista vigilancia y que operen los mecanismos de penas y multas para que los agentes apliquen y acaten las normas.

Por último, esta mirada sobre la regulación en salud abre un conjunto de hipótesis y temas de investigación para incrementar el

conocimiento sobre la materia y, al mismo tiempo, apoyar el ejercicio de la política pública. En el campo de la economía, se abre un amplio espacio para las aplicaciones de la teoría de juegos y la teoría de la información, las cuales permiten modelar los mecanismos de toma de decisiones por parte del regulador con el objetivo de prever la presencia de problemas como la captura de intereses y riesgo moral en las votaciones, bajo la perspectiva de las relaciones de agencia y el diseño de instrumentos regulatorios, entre otros. Por su parte, en el campo del derecho, se puede ampliar la doctrina e integrar las principales normas de otras ramas del derecho con los principios económicos que sean pertinentes para el sector salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albi, E.; J. M. González-P. e I. Zubiri. 2000. *Economía pública I y II*, Barcelona, Ariel.
- Armstrong, J. 1997. "Stewardship and Public Service", Discussion Paper for the Public Service Commission of Canada, 31 de marzo.
- Arrow, K. 1963. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review* 53, pp. 941-973.
- Bolis, M. 2001. "Nuevos determinantes de la regulación de la salud", VIII Curso-taller, OPS/OMS-CIESS, Legislación de salud, mecanismos de regulación internacional en salud y seguridad social, México D. F., septiembre.
- Enthoven, A. 1993. "The History and Principles of Managed Competition", *Health Affairs* 12, pp. 24-48.
- Ferreiro, A. 2000 "El papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud", División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Finkelstein, S. y D. Hambrick. 1996. *Strategic Leadership: Top Executives and Their Effects on Organizations*, St. Paul, West Publishing, pp. 220-223.
- Folland, S.; A. Goodman y M. Stano. 1997. *The Economics of Health and Health Care*, New Jersey, Prentice Hall.
- Frenk, J. y J. Londoño. 1997. "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Observatorio de la salud*, Fundación Mexicana para la Salud, pp. 307-344.
- Gómez, C.; L. H. Sánchez y M. Ramírez. 2003. "Experiencia del Consejo Colombiano de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma: Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones", Informe de Investigación, Bogotá, Assalud, pp. 11-14.
- González, V. 1994. "La reglamentación del sistema general de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la Ley 100 de 1993 y sus principios", Santafé de Bogotá, Fescol, mimeo.
- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2001. "Oferta del seguro público de salud en Colombia", *Observatorio de la Seguridad Social* 1, 2, Medellín, septiembre, www.agustinianos.udea.edu.co/economia/ges

- Grupo de Economía de la Salud (GES). 2002. "La regulación en el sistema de salud colombiano", *Observatorio de la Seguridad Social* 2, 6, Medellín, diciembre, www.agustinianos.udea.edu.co/economia/ges
- Harvard University School of Public Health. 1996. "Report on Colombia's Health Reform and Proposed Master Implementation Plan", Bogotá, mimeo.
- Jaramillo, I. 1997. *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la Ley 100*, Bogotá, Fescol.
- Londoño, J. 1996. "Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana", *Revista de Análisis Económico* 11, 2, pp. 37-60.
- Mckee, M. 2001. "The Challenge of Stewardship", *European Journal of Public Health* 11, pp. 122-123.
- Mitnick, B. 1989. *La economía política de la regulación*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Murray, C. y J. Frenk. 2000. "A Framework for Assessing the Performance of Health Systems", *Bulletin of World Health Organization* 78, 6, pp. 717-731.
- Musgrave, P. 1996. *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, Washington, Human Development Department, The World Bank.
- North, D. 1993. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Preker, A. y A. Harding. 2000. "The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights Economics and Organizational Theory", The World Bank, HNP, 21875.
- Restrepo, J. 1999. "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?", B. Ramírez, *La seguridad social. Reformas y retos*, México, Porrúa, pp. 125-171.
- Restrepo, J. et al. 2002. "Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia", Grupo de Economía de la Salud, informe final de investigación.
- Restrepo, J.; M. Arango y L. Casas. 2002. "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia", *Lecturas de Economía* 56, pp. 33-71.
- Restrepo, M. 2001. "La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada", D. Titelman y A. Uthof, *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*, Santiago, CEPAL-FCE, pp. 657-727.
- Sanhueza, R. 1999. "Burocracia pública y organizaciones en salud", Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- Serafinoff, V. "Entes reguladores: ¿capacidades o incapacidades institucionales?: algunas aproximaciones a la problemática a partir del análisis de dos organismos", Biblioteca de Ideas, Instituto Internacional de Gobernabilidad, Cataluña, www.ii.gov.org/documentos
- Travis, P. et al. 2002. *Towards Better Stewardship: Concepts and Critical Segues. Evidence and Information for Policy*, World Health Organization.
- Vélez, H. 2002. "Economía neoinstitucional. Construcción-reconstrucción de instituciones y la Ley 100 de 1993", O. Rodríguez, *La seguridad social en la encrucijada*, tomo 2, Bogotá, pp. 89-129.

- World Health Organization (WHO). 2000. *The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance*, Washington.
- Yepes, F. y Luz H. S. “La descentralización de la salud en Colombia. Estudio de casos y controles”, www.idrc.ca/lacro/foro/seminario/yepes.html