



Medellín, Junio de 2015 Año 15 N° 30
ISSN 1657 - 5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Transición en el sistema de salud colombiano

Los sistemas de salud evolucionan a lo largo del tiempo en respuesta a cambios en las necesidades y las expectativas de la población, a la disponibilidad de recursos fiscales, a movimientos políticos y sociales y, en general, a la agenda de desarrollo de las naciones. Es así que las reformas pueden verse como un proceso continuo para mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Al analizar lo que ocurre en diversos países, se parte de entender la salud como un elemento primordial para la prosperidad económica y el bienestar social. Ahora bien, las reformas parecen enfocarse en los últimos años, en cuanto a cuestiones institucionales y financieras, en el acceso a los servicios de salud, en la sostenibilidad financiera y en la gobernanza y la rectoría.

Uno de los principales retos de las reformas consiste en lograr el acceso a los servicios de salud, con equidad, oportunidad y calidad. Se debe evitar que se traslade la desigualdad en la distribución del ingreso a los sistemas de protección social, evitando por tanto la exclusión. Por ejemplo, la ley norteamericana de asistencia sanitaria asequible—*Obamacare*—, plantea como principal objetivo ampliar la cobertura sanitaria para que llegue a la población antes no cubierta; en los primeros años, quince millones de personas están cubiertas por primera vez por un seguro de salud (Krugman, 2015).

Otras reformas van encaminadas a lograr sistemas de salud más sostenibles y que puedan hacer frente a nuevos retos, como el cambio demográfico que da cuenta de un mayor envejecimiento de la población. Es el caso de la Unión Europea, en donde una mayor proporción de población adulta conlleva a un aumento de la demanda que compromete la sostenibilidad financiera (Comisión Europea, 2014).

Por su parte, América Latina enfrenta retos importantes en cuanto a cobertura y sostenibilidad financiera. Además de tener muchas necesidades y logros importantes, la región posee severas restricciones por las altas tasas de informalidad y otras características de la estructura económica y social de estos países, lo que condiciona los sistemas de salud (Mills, 2011).

Bajo este contexto, en esta Observación se presenta un análisis de la evolución del sistema de salud colombiano en cuanto al marco institucional, al plan de beneficios, al financiamiento y a la organización industrial. Se pone en discusión que aunque en el país no se ha producido una reforma integral o estructural posterior a la Ley 100 de 1993, en los últimos años se han adelantado ajustes o cambios que pueden dar lugar a una nueva configuración del sistema, a su mejor desempeño, o en últimas, a un cambio completo en su organización.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

1. Seguro universal: Del plan explícito a uno implícito

Colombia fue un país pionero al adoptar un plan de cobertura en salud con beneficios explícitos (Giedion et al, 2014). La Constitución de 1991 le otorgó a la salud y a la seguridad social los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia, y la Ley 100 de 1993 adoptó el aseguramiento como estrategia para brindar cobertura a toda la población, así que se configuró un seguro de salud solidario, con afiliación obligatoria y financiación pública, lo cual permite mirar a Colombia como un ejemplo de la búsqueda de la cobertura universal bajo las tres dimensiones expuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010): población cubierta, servicios cubiertos y proporción del gasto asumido por fondos públicos o mancomunados.

En una revisión de planes de beneficios en países de América Latina, Colombia se destaca junto con Chile y Uruguay por ofrecer planes universales. Ahora bien, es importante preguntarse si tales planes son exitosos, en el entendido que al delimitar los servicios de salud la población en general respeta los límites, o en caso contrario si las personas buscan maneras de acceder a los servicios no incluidos. Esto último es importante pues representa un gran reto para los países defender la legitimidad de tales planes, y ahí se encuentra que Colombia y Uruguay han enfrentado fuertes presiones para financiar servicios por fuera del plan (Giedion et al, 2014). En Colombia, como se explica más adelante, estas presiones se han dado por medio de tutelas y de los comités técnico-científicos.

1.1 La evolución del POS: inclusiones e igualdad

El plan obligatorio de salud (POS) responde a uno de los propósitos esenciales que la Ley 100 le asignó al sistema de seguridad social en salud, y que en parte también responde al mandato constitucional de definir el conjunto de servicios de acceso obligatorio y gratuito: crear condiciones de acceso al servicio de salud a toda la población y en todos los niveles de atención. Las bases del POS aparecen en el artículo 162 de la Ley 100:

“Este plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según su intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.”

El POS fue puesto en marcha a partir del 1º. de enero de 1995 para la población del régimen contributivo, y posteriormente se dio inicio a una versión reducida para el régimen subsidiado.

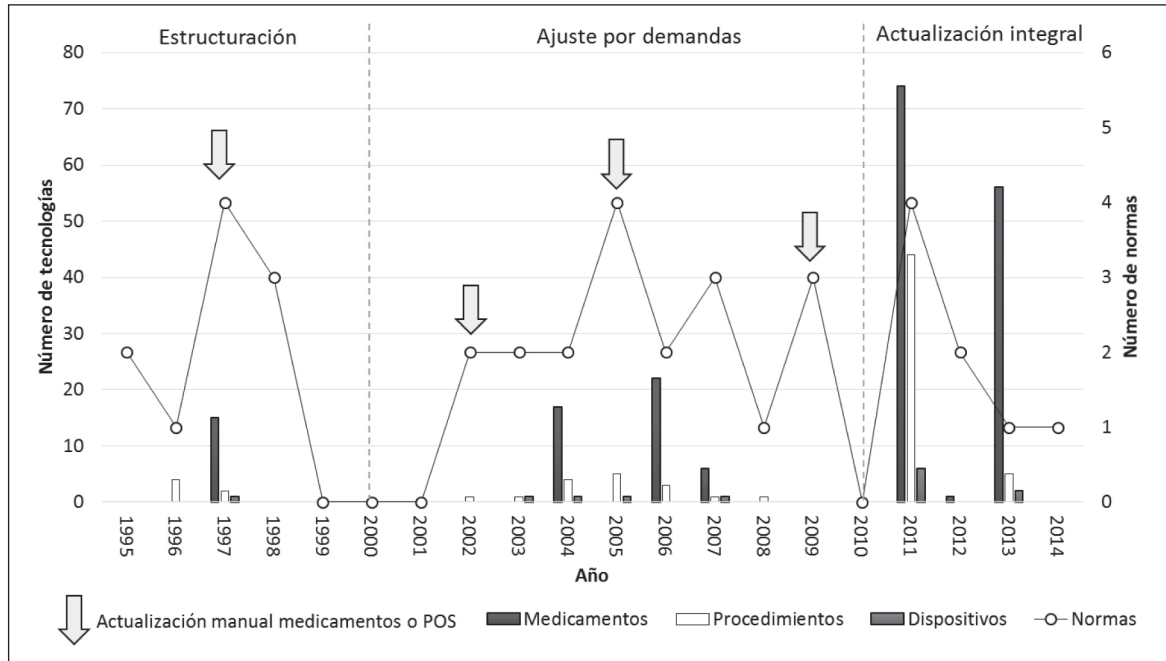
En esencia, se trata del plan de salud que busca cubrir las necesidades de atención, garantizando a todos los habitantes un mismo conjunto de beneficios. Ahora bien, no se trata de un plan ilimitado, el POS cumple una tarea de asignación prioritaria al establecer límites o una lista de inclusiones en cuanto a los servicios con financiación pública —a partir de impuestos o cotizaciones—. Aún así, el POS supera la definición de un plan o paquete básico, cuya estrategia estaba en boga cuando éste fue adoptado, pues busca brindar cobertura para todas las enfermedades y frente a todos los servicios disponibles (GES, 2008).

En cuanto a la definición y actualización del POS, la Ley 100 creó el Consejo Nacional Seguridad Social en Salud (CNSSS) y le otorgó tal función junto con la definición de los medicamentos esenciales y la definición de la unidad de pago por capitación (UPC) que constituye el equivalente al valor del POS (GES, 2008). Este proceso ha pasado por tres períodos (ver gráfica 1): en un primer momento, entre 1995 y 1999, se produjeron varios acuerdos del Consejo para poner en marcha el POS, destacándose lo acordado en 1997 para su estructuración, incluir tecnologías y actualizar el manual de medicamentos. A continuación, entre 2000 y 2008, se produjeron pocos ajustes en los contenidos del POS, destacándose la actualización del manual de medicamentos en 2002, la política de atención integral de patologías de alto costo en 2003 y la actualización del POS subsidiado en 2005. Finalmente, a partir de 2009, cuando comenzó a operar la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y luego de las órdenes impartidas por la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008, se dio lugar a la unificación de los planes y a una actualización integral del POS, la última de ellas en 2013 a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta evolución del POS indica que su actualización apenas se comenzó a realizar de manera integral quince años después de haberse puesto en marcha, y antes solo se reconocieron algunas inclusiones puntuales derivadas de solicitudes individuales o de agremiaciones, así como de órdenes judiciales, más que de ejercicios técnicos basados en el perfil epidemiológico o en evaluación de tecnologías (Cubillos, 2006). La escasa actualización del POS habría de explicar en parte el avance que, especialmente a partir del año 2000, tomó la demanda por servicios y medicamentos no incluidos, y, consecuentemente, la pérdida de legitimidad del POS como mecanismo de asignación prioritaria.

En forma similar a la evolución del POS, su valor o UPC se mantuvo relativamente estable entre 1995 y 2008. En el caso del régimen contributivo, desde el último año y hasta 2015, la UPC acumuló un aumento real cercano al 20%, consistente con la inclusión de nuevas tecnologías. En el caso del régimen subsidiado, luego de una reducción en 1999 y de haberse mantenido estancada por mucho tiempo, a partir de 2011 y dado el proceso de unificación, se dio inicio a la convergencia con el régimen contributivo, así que entre este año y 2015 el aumento real fue cercano al 70% (ver gráfica 7).

Gráfica 1. Plan Obligatorio de Salud, 1995-2014: Normas e inclusión de tecnologías



Nota explicativa: La línea, cuyas unidades se leen en el eje derecho, indica el número de normas producidas cada año en relación con el POS. Las barras, que se leen en el eje izquierdo, se refieren al número de nuevas tecnologías (medicamentos, procedimientos o dispositivos) incorporadas al POS mediante dichas normas.

Fuente: Acuerdos del CNSSS (1995-2009), Acuerdos de la CRES (2009-2012) y Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social (2013-2014). Elaboración del GES.

1.2 Acceso al POS y servicios no incluidos

Con la adopción del POS y la meta de universalidad, el país avanzó en materia de cobertura durante estas dos décadas en un doble sentido. Por una parte, si bien la meta inicial era que en el año 2000 toda la población estuviera afiliada al sistema, y al llegar a ese año apenas se alcanzaba un 56%, desde 2011 la tasa de cobertura se encuentra alrededor del 95%. Este avance se explica principalmente por la mayor afiliación en el régimen subsidiado, que pasó de 23,6% de la población del país en el año 2000 a 48% en 2014; por su parte, aunque en menor proporción e indicando las bondades del empleo formal y de la consolidación de estrategias para reducir la evasión, el régimen contributivo pasó de un porcentaje de afiliación de 35,2% a 43,6% en el mismo periodo (Así vamos en salud, 2015).

Por otra parte, luego de mantener una diferencia que en valor significaba un 40%, a partir de 2012 el país ha logrado la igualación del POS para los dos regímenes, así que en materia de prestación de servicios y acceso a medicamentos todos los colombianos tienen los mismos derechos. Este proceso ha representado grandes avances sociales y ubica a Colombia como un caso significativo para la protección social en salud; coherente con ello, se destaca que el gasto en salud por parte de los hogares es de los más bajos de los países de Latinoamérica, cumpliendo con los parámetros aceptables de la OMS (2010),

que indican que estos gastos no superen el 20% del gasto total en salud como forma de cubrir a los hogares frente a gastos catastróficos en salud (Pérez & Silvia, 2015).

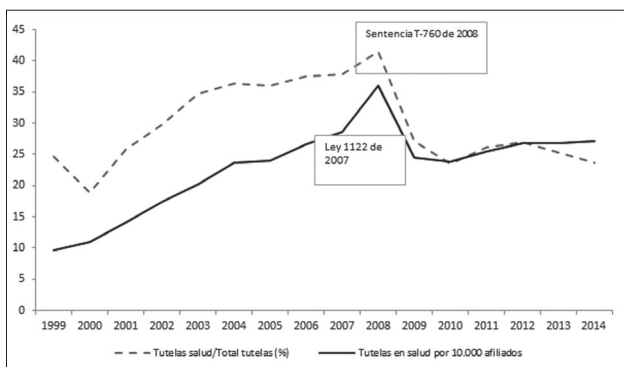
Ahora bien, pese a los avances en materia de cobertura, en cuanto al acceso se presentan dos situaciones que en conjunto representan un exceso de demanda y dan cuenta de la pérdida de legitimidad o de aceptación del POS entre la población y entre quienes hacen parte de la oferta de servicios y de medicamentos: las barreras de acceso y la demanda de servicios y medicamentos no incluidos en el POS. En cuanto a las barreras de acceso, desde el lado de la oferta se resaltan aspectos de la estructura del sistema, seguido de algunas características al interior como los tiempos de espera para la atención y los excesivos trámites para las citas, y del lado de la demanda predomina la predisposición de los usuarios con el sistema de salud, en donde se encuentra que la causa más común es la dificultad en el acceso por costumbres y aspectos culturales de las personas (GES, 2014).

El reconocimiento de los problemas de acceso ha llevado al gobierno colombiano a proponer una política por la cual busca generar un nuevo modelo de atención. Se parte de reconocer por ejemplo diferencias relevantes en el acceso efectivo y la falta de equidad entre poblaciones urbanas y rurales. También se observa que pese a tener una oferta creciente los cambios

no han estado unidos al análisis de las necesidades y de las condiciones de la demanda, sino que han respondido más a incentivos hacia una mayor producción de servicios, como consecuencia de posicionar la enfermedad como objetivo del sistema por encima de las ganancias en salud y la integralidad en la atención.

Para dar respuesta a esta problemática, el gobierno ha anunciado una política de atención integral en salud que enfrente los retos del sistema en cuanto al acceso en términos de oportunidad, calidad e integralidad. Es así como se propone adecuar la implementación de la política teniendo en cuenta las particularidades de los distintos contextos poblacionales y territoriales, y las necesidades particulares basadas en temas específicos como los culturales y ambientales. Por tal razón, se caracterizan las entidades territoriales en territorios con población dispersa, territorios con alto componente de ruralidad y territorios de centros urbanos. (PND, 2015).

Gráfica 2. Tutelas en salud, 1999-2014
(% total tutelas y tasa por 10.000 afiliados)



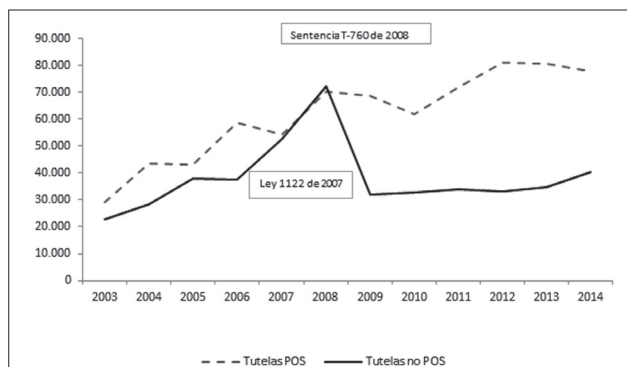
Fuente: Defensoría del Pueblo (2014). Cálculos y elaboración del GES.

Ahora bien, conviene examinar el peso que tiene dentro de las tutelas en salud la reclamación por derechos consagrados en el POS y por servicios o medicamentos no incluidos en dicho plan. En 2014, en el régimen contributivo el 61,7% de las tutelas en salud apuntaban a reclamar servicios del POS, predominando los tratamientos y las citas médicas especializadas; en cuanto a lo No POS, las solicitudes más frecuentes fueron medicamentos, prótesis e insumos médicos. En el caso del régimen subsidiado, las solicitudes por el POS fueron del 70,2%, con los tratamientos (32,5%) y las citas especializadas (23,7%) con la mayor participación; respecto a No POS, las solicitudes más frecuentes fueron en prótesis, órtesis e insumos médicos y medicamentos (Defensoría del Pueblo, 2015).

Pese a la composición descrita anteriormente, con el transcurso del tiempo ha cambiado el porcentaje de tutelas en salud respecto a solicitudes POS y No POS (ver gráfica 3). Se nota que en 2008 hubo una disminución en tutelas en salud debido al

Esta problemática del acceso también puede mirarse a partir de las tutelas en salud, que en 2014 ascendieron a 118.281 en el país. El alto número y la evolución de tutelas deja en evidencia la pérdida de confianza y de legitimidad en el sistema de salud (Defensoría del Pueblo, 2015). En la gráfica 2 se muestra que el número de tutelas en salud, como porcentaje de las tutelas totales, tuvo un crecimiento sostenido hasta el año 2008, cuando superó el 40%, y desde entonces se ha dado una reducción hasta alcanzar los niveles registrados en 1999, en torno al 24%. Por otra parte, en términos de una tasa por afiliado, las tutelas en salud han tenido una tendencia creciente, desde 10 por cada 10.000 en 1999 hasta 27 en 2014; de forma similar al indicador anterior, en 2008 se alcanzó la tasa máxima, con 36 por 10.000. La reducción que se dio en ambos indicadores, luego de los máximos obtenidos en 2008, puede atribuirse a los efectos de la Ley 1122 de 2007 y de la Sentencia T-760 de 2008, pues justo de ellas se desprendieron mecanismos para garantizar el acceso efectivo y para gestionar servicios y medicamentos no incluidos en el POS.

Gráfica 3. Tutelas en salud, 2003-2014
(No. tutelas por servicios POS y No POS)



Fuente: Defensoría del Pueblo (2014). Cálculos y elaboración del GES.

menor número de tutelas por servicios No POS, que pasaron de 72.479 (51%) en 2008 a 31.956 (32%) en 2009; este resultado se explica porque la población comenzó a recibir lo no cubierto mediante el mecanismo de comité técnico científico (CTC), que tiene su origen en la Ley 100:

“Cuando ocurran hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecten al afiliado respecto de la adecuada prestación de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, éstos podrán solicitar reclamación ante el comité técnico científico que designará la entidad de salud a la cual esté afiliado” (Ley 100, art. 188).

Fue así como se hizo obligatorio, para las EPS de ambos regímenes, la conformación de estos comités, los cuales tenían los siguientes criterios para la autorización de los medicamentos No POS: que las prescripciones fueran hechas por personal

autorizado; que existiera un riesgo inminente para la vida y la salud del paciente; que se hubieran agotado las posibilidades terapéuticas del manual de medicamentos, sin respuesta satisfactoria, o se observaran reacciones adversas no toleradas por el paciente, o que existieran contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado de medicamentos; además, que se tratara exclusivamente de medicamentos autorizados para su comercialización en el país (GES, 2008).

De manera consistente con la reducción de tutelas por servicios No POS, el valor pagado por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) presentó un cambio importante en su composición en cuanto a servicios autorizados por los CTC u ordenados mediante fallos de tutela —los denominados recobros— (ver gráfica 4). Los pagos atribuidos a tutelas representaban el 62,7% de los recobros en 2008, y bajó hasta el 20,3% en 2013. Además, se nota una reducción en el valor total de recobros a partir de 2010, lo cual parece ser un efecto combinado de la incorporación de tecnologías al POS, que ya no serían reclamadas mediante tutela o CTC, la regulación de precios de los medicamentos y una mayor auditoría sobre los cobros presentados al Fosyga.

Como se observó anteriormente, la reducción de las tutelas en 2008 pudo deberse a la reiteración de la Corte Constitucional sobre el literal j del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, que señala que si las EPS se obligaran por tutela a prestar un servicio No POS que fue tramitado adecuadamente mediante CTC, entonces sólo procedería un reembolso del 50%, de modo que las EPS tenían que cubrir el 50% faltante. “Esto llevó a

que la reducción en las acciones de tutelas se reflejara en un incremento más que proporcional en los reembolsos por CTC” (Uprimny & Durán, 2014, pág 17). Por ejemplo, para el período comprendido de enero a junio de 2014, el 88% de las solicitudes para acceder a tecnologías en salud No POS fueron autorizadas por CTC, contra un 12% que se realizaron por medio de tutelas. “Lo anterior evidencia que el mecanismo del CTC, es el medio más directo y expedito para acceder al derecho a la salud, tratándose de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios” (MinSalud, 2014).

1.3 La Ley Estatuaria: del POS al plan integral de salud

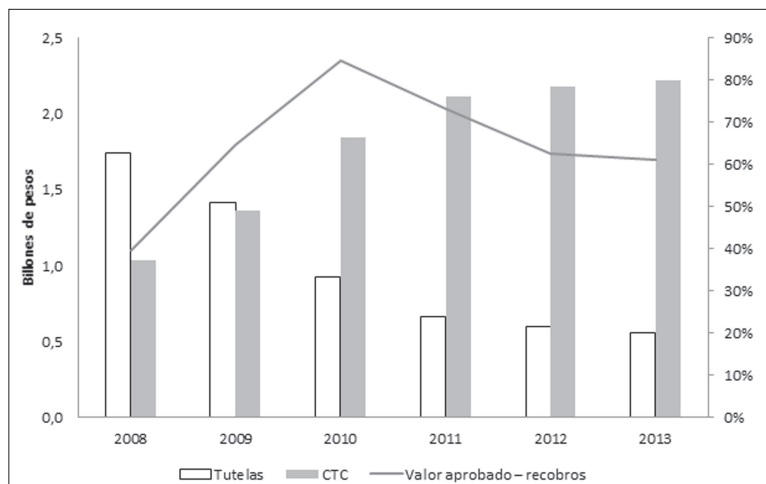
Aunque mediante la Ley 100 Colombia había adoptado el POS como un mecanismo para racionalizar o priorizar los recursos en salud, lo que tendría una expresión legítima en el organismo que la misma ley estableció para ocuparse de la actualización —el CNSSS—, el país no fue capaz de fortalecer el mecanismo de elección del plan y más bien dio al traste con las promesas que en materia institucional ofrecía el Consejo Nacional y luego la Comisión de Regulación en Salud, así que en la práctica se borraron los intentos por formalizar la priorización como un asunto permanente y pertinente para las necesidades y las posibilidades del país.

Además de lo anterior, al mantenerse prácticamente estancado durante cerca de quince años, el POS resultó rezagado frente a la demanda social y al desarrollo de la oferta tecnológica. Esta

brecha fue lo que le valió al plan su pérdida de legitimidad, dando lugar a una demanda creciente por los servicios No POS. Aunque a partir de la Sentencia T-760 de 2008 y de la Ley 1438 de 2011 se han dado dos actualizaciones al plan, ello fue posible después de haber hecho carrera la demanda por lo No POS mediante las tutelas y los CTC, así que pese a los esfuerzos continúa el reclamo por atenciones que no son parte del plan.

En este contexto, la Ley Estatuaria abre un nuevo capítulo en la historia del sistema de salud colombiano, el cual se inició con la sentencia T-760, que se refiere al derecho fundamental a la salud. Esta ley está inspirada en los ciudadanos y en garantizar el acceso a los servicios de salud, de modo que propone garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección, para lo cual define el carácter autónomo e irrenunciable del derecho y precisa su contenido en cuanto al acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, para preservar, mejorar y promover la salud, así que comprende el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Además, la

Gráfica 4. Gastos del Fosyga en servicios No POS, 2008-2013 (Monto en \$ millones y participación porcentual de CTC y tutelas)



Nota: En el lado izquierdo se lee, en billones de pesos, la serie del valor aprobado-recobros y en el lado derecho la participación de las series Tutelas y CTC

Fuente: Valor aprobado-recobros tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. Informe 2014-2015, Participación porcentual de CTC y tutelas tomado de Franco, C. (2015). Recobros ¿Quién se beneficia y quién no? Cálculos y elaboración del GES.

ley establece que la prestación del servicio se encuentra bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado, y define cuatro elementos del derecho: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, y calidad e idoneidad profesional.

Entre los temas incluidos en la Ley Estatutaria, que pueden resaltarse en el marco de la reflexión sobre derecho y sostenibilidad financiera, se tiene en primer lugar la redefinición del plan beneficios, que parece conducir a la adopción de un plan superior al POS, constituyendo el cambio más importante que puede traer la ley. A partir de 2017 el país deberá contar con un plan integral de salud que ya no estará determinado por un conjunto de garantías explícitas o listado de inclusiones, sino que estará basado en un plan implícito que implica definir una lista negativa o de exclusiones. Este cambio se traduce en un esfuerzo importante en materia técnica y política, más aún cuando se tendría la sospecha de dar lugar a un gasto más elevado por cuanto no existirían límites claros o determinados ex-ante sino que serían el resultado de las prescripciones médicas frente a un conjunto de posibilidades sobre las cuales los prestadores tendrían mayor autonomía (ver cuadro 1).

Un segundo tema, consistente con esfuerzos anteriores que reconocen dificultades en el acceso a los servicios de salud, se refiere a brindar mejores garantías para el acceso (GES, 2014). Además de insistir en la atención integral, un caso notorio se refiere a las urgencias, en donde además de presentarse dificultades por una demanda explosiva han sido recurrentes las barreras para la atención que en parte se explican por los mecanismos de contratación entre las empresas promotoras de salud (EPS) y las instituciones prestadoras de servicios (IPS). La Ley Estatutaria intenta cerrar este círculo mediante la garantía de la atención de urgencias en sentido integral y no limitada únicamente a la atención inicial. Esto implica, por ejemplo, que al ser atendido en una IPS por una urgencia médica ésta no necesita esperar autorización de la EPS del paciente para realizar procedimientos o continuar la atención, como ha sucedido hasta ahora.

Un tercer aspecto que conviene mencionar se refiere al posicionamiento del derecho a la salud en la agenda de las políticas públicas, tanto desde las perspectivas de la academia como del propio gobierno. La Ley Estatutaria condiciona o adhiere una serie de obligaciones al gobierno para tener un sistema de indicadores sobre el goce efectivo del derecho a la salud, con unos criterios definidos, lo que representa un avance que genera ganancias que el país va acumulando. Puede afirmarse así que el derecho a la salud queda matriculado en la agenda y es objeto de seguimiento con indicadores, para lo cual se tiene cada vez mayor información y madurez como son los análisis y estudios que adelantan la Defensoría del Pueblo y varias personerías municipales.

Un cuarto tema muy importante ha sido ordenar al gobierno la formulación de una política farmacéutica que considere la regulación de precios de medicamentos. Sin duda, al formalizar los esfuerzos adelantados en los últimos años sobre el particular (GES, 2014a), como un mecanismo para garantizar la de la cual se

han desprendido aspectos de la regulación de precios y programas que se puedan establecer en uso racional de medicamentos.

Otros temas a que da lugar la Ley Estatutaria: el ejercicio de la autonomía profesional, que guarda relación con la adopción del plan implícito y las garantías del acceso, y que se plantea sea ejercida a partir de cuatro criterios —autorregulación, ética, racionalidad, evidencia científica—, la enunciación de un amplio conjunto de deberes y derechos, así como la referencia a los determinantes sociales de la salud como parte de la acción estatal, así se aclare que tales determinantes no objeto de atención por parte del sistema de salud.

2. Inestabilidad institucional: ¿Cómo alcanzar mejor legitimidad y gobernanza?

La adopción del sistema de seguridad social en salud implicó profundas transformaciones institucionales en el sector salud colombiano, las cuales encuentran un fundamento conceptual en el enfoque del pluralismo estructurado que más adelante fue expuesto por Juan Luis Londoño —ministro de salud promotor de la Ley 100— y Julio Frenk —secretario de salud de México, quien impulsó una reforma de menor calado en su país a partir de los años 2000— (Frenk y Londoño, 1997), así como en las funciones de los sistemas de salud planteadas por la OMS (OMS, 2000).

Al promover la competencia —entre administradores o aseguradores, y entre prestadores de servicios—, junto con un predominio de recursos públicos, el sistema colombiano se caracteriza por requerir de una marcada intervención mediante la función de regulación y la administración de recursos. A continuación, un análisis sobre la forma como se han organizado estas funciones junto con el propósito de concertación (ver Gráfica 5).

2.1 Bondades y limitaciones del CNSSS

Desde la creación del Instituto de Seguros Sociales (ISS) en 1946, como sucedía bajo el modelo bismarckiano y como era dominante en América Latina, la seguridad social estaba gobernada mediante la participación de los tres actores centrales en la relación de trabajo: gobierno, empresarios y trabajadores. El Consejo Directivo del ISS tenía funciones de dirección y de administración y estaba conformado por representantes de estos tres actores. Así que al pretender la extensión de la cobertura del seguro a toda la población, en 1993 se impulsó la idea de ampliar la forma de gobierno mediante un consejo en el que tuvieran asiento los actores del nuevo sistema. Al consejo le fueron asignados tres objetivos diferentes: regulador el sistema, ser escenario de concertación entre los diversos actores y administrar el Fosyga.

En la medida en que se estudiaba el funcionamiento del consejo, en el marco del desempeño del sistema, se expusieron varios

Cuadro 1. Plan de beneficios en salud de los colombianos. Ley 100 de 1993 –vs– Ley Estatutaria

Criterio	Ley 100 de 1993	Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud)
Nombre y tipo de plan	Plan obligatorio de salud Plan explícito: lista de inclusiones	Plan integral de salud Plan implícito: lista de exclusiones
Derecho a la salud	Derecho prestacional	Derecho fundamental
Criterios de inclusión o exclusión	Lista de inclusión según: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil epidemiológico nacional ▪ Tecnología apropiada disponible ▪ Condiciones financieras del sistema ▪ Cambios en la estructura demográfica de la población 	Lista de exclusiones para servicios: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con propósito cosmético o suntuario ▪ Sin evidencia científica sobre seguridad, eficacia y efectividad ▪ Cuyo uso no esté autorizado ▪ Que estén en fase de experimentación ▪ Con prestación en el exterior
Mecanismo para la definición y actualización	Decisión a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social	Procedimiento técnico-científico, público, colectivo, participativo y transparente
Autonomía profesional / Trámite de excepciones	Los médicos prescriben servicios del POS. Comité técnico científico de EPS resuelve atenciones no POS	Autonomía profesional bajo esquemas de autorregulación, evidencia científica, ética y racionalidad
Periodicidad de actualización	No establecida al inicio. Sentencia T-760 de 2008 y Ley 1438 de 2011 ordenaron actualizar el POS cada dos años	Sin periodicidad definida. Por el carácter implícito del plan, puede ser continua

Fuente: Elaboración del GES (estudiante Cindy Chamorro).

problemas y soluciones para mejorar la función de regulación. Los estudios o análisis efectuados, entre otros por el equipo de la Universidad de Harvard (1996), Gómez et al (2003), Restrepo y Rodríguez (2005) y Rodríguez (2007), mostraban al Consejo con serias limitaciones para cumplir su papel misional de proteger y garantizar los intereses colectivos. Se mencionaba, de manera especial, la falta de independencia entre reguladores y regulados, problemas de información para la toma de decisiones, inestabilidad debida a la alta rotación de sus integrantes, y poca efectividad de las normas. Además, se planteaban los problemas de concentrar en un mismo organismo tres propósitos tan disímiles y complejos como los mencionados atrás.

Fue así que entre las propuestas de solución se planteaba la necesidad de reconocer en el Consejo una instancia regulatoria, con un carácter más técnico y autónomo, conformado por expertos (Restrepo y Rodríguez, 2005). La propuesta implicaba reformar el Consejo para que fuera un organismo permanente y no solo una reunión periódica dominada por el Ministerio de Salud y donde existía una enorme desigualdad en cuanto a disponibilidad de información entre los integrantes. Era un propósito loable recuperar para el Estado el monopolio de la información y generar un espacio colectivo para la toma de decisiones.

2.2 Del CNSSS a la CRES: intento fallido

La idea de reformar el Consejo fue considerada en medio de la proliferación de propuestas de reforma que caracterizó varias legislaturas a partir de 2003. Más que una reforma al Consejo, la Ley 1122 de 2007 acogió la creación de la CRES para asumir las funciones de regulación. Esta ley mantuvo al Consejo con un carácter de asesor, aunque dejó en manos del Ministerio de Salud la reglamentación sobre su papel y la función de administrador del Fosyga. Así que la Ley 1122 abordó el problema de manera parcial, pues si bien creó la CRES no tomó en cuenta las implicaciones sobre la administración del Fosyga ni la manera como se pudiera garantizar un espacio para la concertación.

No obstante, se aprecia una ganancia importante en cuanto al deseo de contar con un organismo independiente para ejercer la regulación. Las ganancias en autonomía también se reflejaban en el presupuesto propio con el que contaba la Comisión y la potestad de ejercer control sobre el mismo, la toma de decisiones a partir de información de carácter público y el contar con una secretaria técnica que le permitía ejercer control interno de la organización.

Con el objetivo de reducir el margen para la conformación de coaliciones y grupos de presión, la Comisión estaría integrada por los ministros de salud y de hacienda y cinco expertos

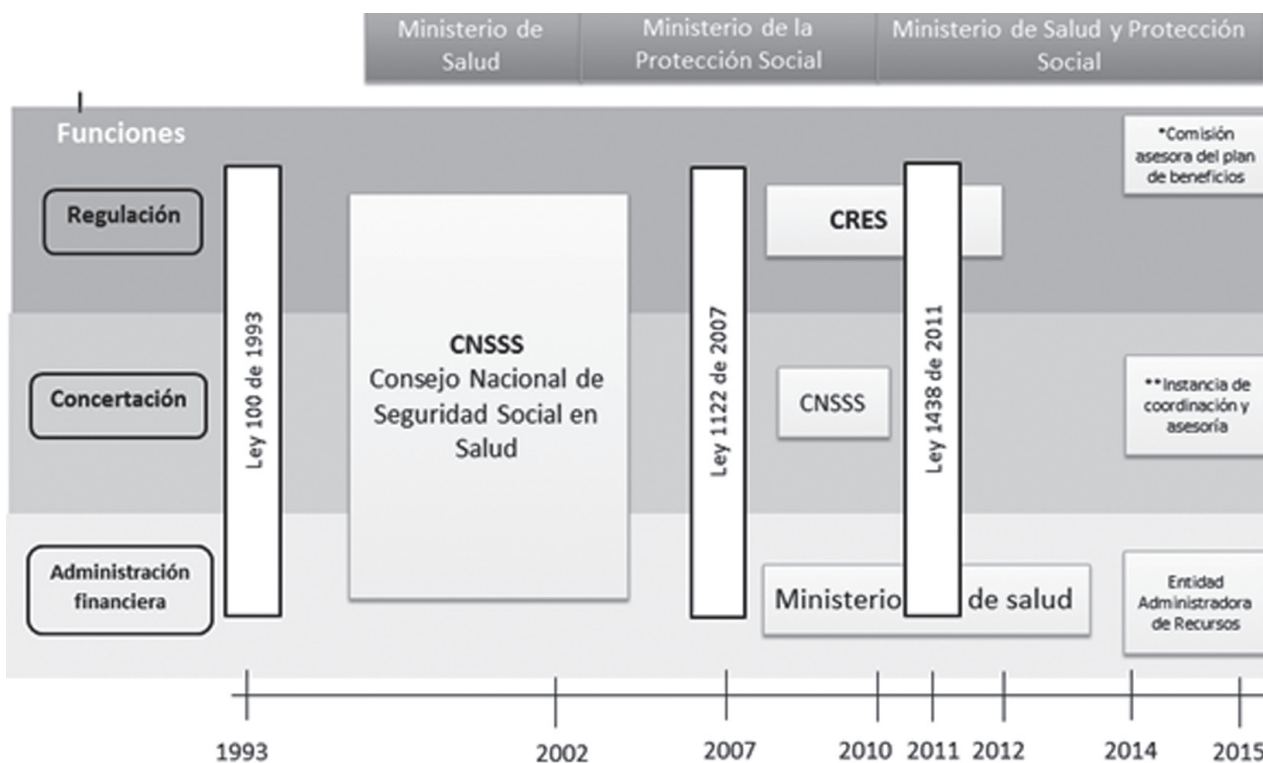
con dedicación exclusiva, los cuales serían designados por el Presidente de la República a partir de ternas presentadas por diferentes instancias. La CRES asumió las principales funciones que habían sido establecidas para el Consejo, en particular la definición de la UPC y del POS.

Según el índice de Gilardi, que mide entre 0 y 1 la independencia o autonomía de agencias regulatorias (GES, 2007), se habría pasado de 0,15 para el Consejo a 0,48 para la CRES (ver cuadro 2). Se pensaba que para mejorar aún más este índice, que para otras comisiones es superior a 0,6 (como la Comisión de Regulación de Energía y Gas –CREG–) y para la Junta del Banco de la República es de 0,76 (Ges, 2007), era necesario revisar los mecanismos de designación de los comisionados y la forma de votación para las decisiones de mayor peso; establecer tiempos más prolongados para los comisionados con el fin de ganar en estabilidad, aprendizaje y experiencia; contar con un director general que presidiera la CRES para ganar mayor

independencia, y establecer que sólo la Corte Constitucional pudiera cambiar sus decisiones de la CRES, entre otras medidas.

Aunque la CRES fue creada desde enero de 2007, sólo vino a conformarse a mediados de 2009. El proceso de selección de los comisionados estuvo marcado por varias críticas que se desataron con ocasión de la reglamentación que se expidió para dicho proceso. Se advertía que no quedaba asegurado un perfil alto para estas personas y que no era necesario desplegar un proceso muy complejo en el que intervenían muchas entidades y asociaciones a las que poco se les exigía. Además, era notorio que al interior del gobierno había interés por acabar con la CRES, así en la Ley 1438 de 2011 poco se le menciona cuando en los temas relativos a regulación, y cuando hace se agrega la expresión “o quien haga sus veces”. Como si fuera poco, para rematar el limbo en el que habían quedado el Consejo, la concertación y la administración del Fosyga, eso se resolvió con la desaparición del Consejo.

Gráfica 5. Evolución institucional del sistema de salud colombiano: Regulación, concertación y administración financiera, 1993-2015



* Comisiones asesoras para la definición de plan de beneficios y para la regulación de precios de medicamentos y dispositivos médicos.

**Decreto 2478 de 2014.

Fuente: Elaboración del GES (estudiantes Laura Ramírez y Estefanía Rúa).

Cuadro 2. Autonomía e independencia de organismos del sector salud (según índice de Gilardi)

Categorías	CNSSS	CRES	Instancia asesora
Estatus del jefe de la agencia	0,05	0,05	0,0
Estatus de los miembros de la agencia	0,13	0,55	0,21
Relaciones con el gobierno y el congreso	0,42	0,67	0,0
Autonomía financiera y organizacional	0,0	0,67	0,0
Índice de Gilardi	0,15	0,48	0,09

Fuente: GES (2007). Actualización: Laura Ramírez y Estefanía Rúa.

No obstante, la Ley 1438 de 2011 estableció una serie de medidas que prometían fortalecer el sistema de salud, aunque su implementación resultó bastante lenta e incompleta. Se destacan: la adopción de la estrategia de atención primaria en salud –APS–, la creación del Plan Decenal de Salud Pública, la creación del Observatorio Nacional de Salud, y la conformación de redes integradas de servicios de salud. En el marco de la función de regulación, se creó el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud –IETS– como una corporación sin ánimo de lucro y de naturaleza mixta, responsable de la evaluación de tecnologías en salud mediante la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del plan de beneficios, así que sus orientaciones serán un referente para actualizar el POS.

A continuación, en diciembre de 2012, el gobierno nacional ordenó la liquidación de la CRES y dispuso el traslado al Ministerio de Salud de las funciones de la Comisión y de la mayoría de sus funcionarios. Se dio lugar así a dos pérdidas enormes para el país, las cuales podrían agudizar la crisis institucional del sistema, con una baja legitimidad y con serios problemas de gobernabilidad. Por un lado, la pérdida de tradición de gobierno en la seguridad social, marcada por la modalidad de corporativismo, y por la otra, al abandono temprano de una experiencia regulatoria que habría ayudado a mejorar el desempeño del sistema.

Esto significa que las decisiones asignadas a la CRES ahora se resuelven mediante acto administrativo del ministro (Resolución o Decreto), en particular la actualización del POS y la definición de la UPC.

2.3 Novedades en 2015: Instancia asesora y entidad administradora de recursos

El Ministerio de Salud y Protección Social ha reconocido, como aspectos críticos que impiden alcanzar mejores resultados en salud, la falta de confianza entre actores y una cierta crisis de legitimidad del sistema, tanto así que plantea como uno de los retos la necesidad de recuperar estos aspectos, aunque las soluciones se concentran en los sistemas de información y en mejoras de gestión:

“Recuperar la confianza y legitimidad entre los usuarios y agentes del sistema se ha convertido cada vez más en una prioridad. En consecuencia, se debe fortalecer la inspección, vigilancia y control, continuar la simplificación de procesos –especialmente en el flujo de recursos y en los trámites– y fortalecer el sistema de información <...> que cada vez exista más información verificable a disposición de los colombianos frente a los resultados, la calidad en los servicios sanitarios y las tecnologías en salud, entre otros aspectos.” (Minsalud, 2015:17)

Tal vez como resultado de la Cumbre por la Salud que se realizó en Medellín en febrero de 2014 (Restrepo, 2014), y del debate en torno a una reforma al sistema de salud, en el que para algunos la propuesta oficial precisamente no tenía muy en cuenta aspectos de gobernanza para enfrentar la crisis de legitimidad que pudo verse acentuada con la eliminación del CNSSS y de la CRES (GES, 2013), el Ministerio creó la denominada “instancia de coordinación y asesoría.” Esta instancia fue creada mediante el Decreto 2478 de 2014, y conformada mediante la Resolución 304 de 2015, para implementar el diálogo, fortalecer la regulación, formulación, supervisión, evaluación y seguimiento de la política pública del sistema de salud colombiano. Aunque pudiera verse como un remedo de lo que fue el CNSSS, lo cierto es que a la luz de la gobernanza del sistema este es apenas un espacio de diálogo que solo recomienda y propone, dejando claro en el decreto de creación que “las recomendaciones que se formulen al interior de este espacio de coordinación y asesoría, son orientaciones y por lo tanto, no tienen carácter vinculante”.

En la misma perspectiva de un posible fortalecimiento de la dirección del sistema, particularmente en lo que respecta a la administración financiera, se destaca la creación de la Entidad administradora de los recursos del sistema, tal como se dispuso en el Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1753 de 2015). Esta iniciativa, que resulta similar a la propuesta de crear a Salud Mía según la reforma que sin éxito había impulsado el gobierno dos años atrás, significa un perfeccionamiento de la experiencia que se ha tenido con el Fosyga, así que pudiera significar un paso positivo en cuanto al manejo unificado y más eficiente de los recursos, aunque no estará exenta de dificultades en

su implementación y de riesgos en cuanto a politización y corrupción. Sorprende por ejemplo que la Junta Directiva está conformada solamente por actores políticos (tres ministros, un gobernador y un alcalde).

Cuadro 3. Organismos de dirección y asesoría del sistema de salud 1995, 2015

Consejo Nacional (eliminado en 2011)	Instancia de coordinación y asesoría (2015)
Objeto: organismo de dirección del sistema	Objeto: espacio de diálogo para fortalecer política sectorial
<p>14 miembros con voz y voto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministros: Salud, Trabajo y Hacienda ▪ Dos representantes de entidades territoriales ▪ Un representante de las EPS distintas al ISS ▪ Un representante de las IPS ▪ Un representante de los profesionales de salud ▪ Un representante de asociaciones de usuarios ▪ Dos representantes de los trabajadores ▪ Dos representantes de empleadores ▪ Representante legal del ISS 	<p>14 miembros con voz (no hay votación)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ministros: Salud, Hacienda, Planeación (DNP) ▪ Presidente Academia Nacional de Medicina ▪ Un representante por las secretarías de salud ▪ Un representante por las EPS indígenas ▪ Un representante por las EPS ▪ Un representante por las IPS (públicas y privadas) ▪ Un representante por los profesionales de la salud ▪ Un representante por los usuarios ▪ Un representante por las centrales obreras ▪ Un representante por asociaciones de facultades de salud ▪ Un representante por los empresarios ▪ Un representante por la industria farmacéutica
<p>Funciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir: POS, UPC, valor de subsidios en salud, medicamentos esenciales y genéricos del POS, criterios de selección del régimen subsidiado, régimen de pagos compartidos, régimen de licencias e incapacidades, medidas necesarias para evitar selección adversa ▪ Recomendar régimen de tarifas para urgencias. ▪ Reglamentar Consejos Territoriales ▪ Ejercer funciones de administración del Fosyga ▪ Presentar informe anual al Congreso ▪ Adoptar su propio reglamento 	<p>Funciones:</p> <p><u>Función general:</u> Asesorar y efectuar recomendaciones al Ministerio Salud y Protección Social y a las entidades que integran sector administrativo de salud y protección social en asuntos relacionados con los programas y proyectos que son de su competencia y, específicamente, en materia prestación servicios de salud, salud pública, aseguramiento en salud y promoción social en salud.</p>

Fuente: Ley 100 de 1993, Decreto 2478 de 2014 y Resolución MSPS 304 de 2015. Elaboración del GES.

3. Financiamiento público: Equilibrio cambiante entre cotizaciones e impuestos

3.1 Gasto en salud: monto, composición y fuentes

Con la implementación de la Ley 100 se dio lugar en Colombia a un cambio fundamental en las fuentes de

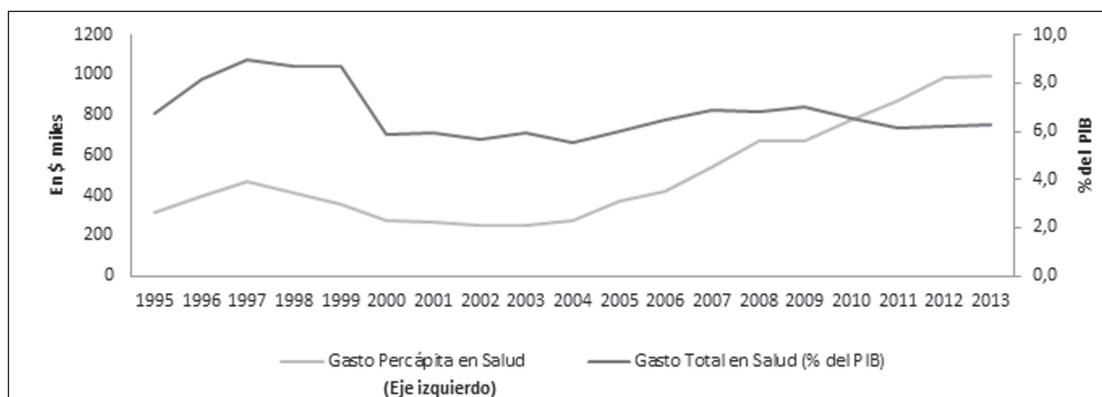
financiación del gasto en salud, lo cual se expresa en la menor participación del gasto privado y en una mayor del gasto público. En efecto, mientras en 1993 el 47,6% del gasto en salud era público y el gasto privado representaba el 52,4% restante, con el cambio en la composición de fuentes de financiación el gasto público alcanzó a representar el 72,8% en 2003 (4,9% del PIB) y la participación del gasto privado se redujo a 27,2% (1,2% del PIB). Esta tendencia se ha mantenido, de modo que en 2013 el gasto público logra un valor equivalente al 76% (5,2% del PIB), y el gasto privado

de 24% (1,6% del PIB), para un gasto total en salud de 6,8% del PIB (Banco Mundial, 2013).

Ahora bien, el gasto en salud ha tenido espacios de crecimiento transitorio en los últimos 20 años, particularmente en el periodo posterior a la reforma de 1993, aunque en el largo plazo no ha presentado grandes cambios en cuanto a su participación en el Producto Interno Bruto (PIB). No obstante, dado el buen desempeño económico del país, de manera especial entre 2001-2007 y entre 2009-2014, el valor en pesos y en particular el

gasto per cápita en salud, ha presentado un buen crecimiento alcanzando en 2013 la cifra de US\$ 843 (cifras en dólares ajustados por paridad del poder de compra), (ver Gráfica 6). Se destaca que este valor es superior a la cifra US\$ 744 obtenida por América Latina y el Caribe, pero se encuentra por debajo de países como México con US\$ 1.061, Brasil con US\$ 1.454, Chile con US\$ 1.454 y Argentina con US\$ 1.725 (cifras en dólares ajustados por paridad del poder de compra) (Base de Datos Gasto Global en Salud, OMS 2015).

Gráfica 6. Colombia: Gasto en salud 1995-2013 % PIB y valor per cápita en pesos constantes de 2013



Fuente: Banco Mundial. Cálculos del GES.

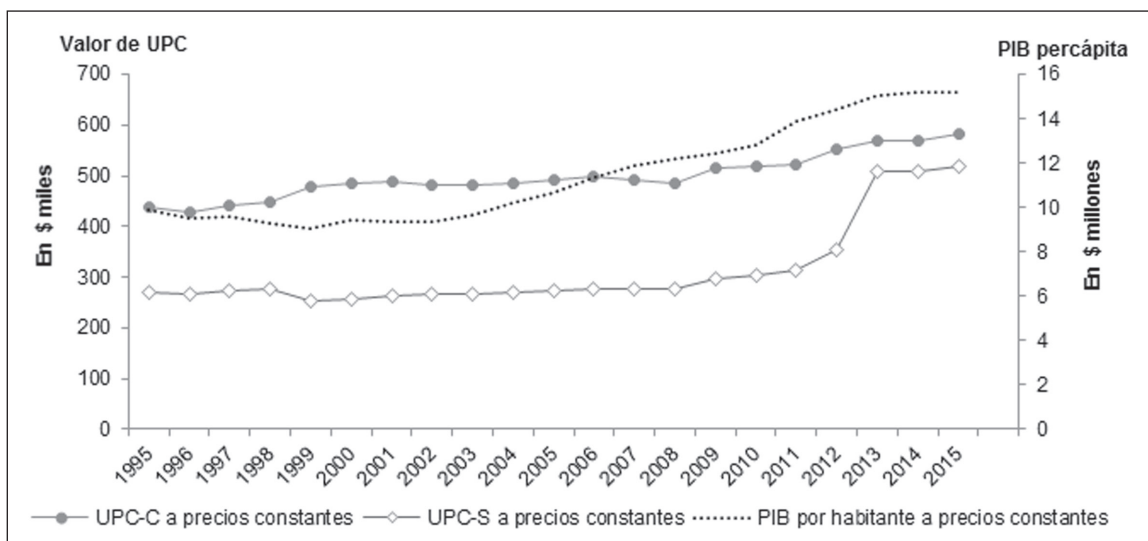
El aumento del gasto per cápita puede verse reflejado, en parte, en el comportamiento de la unidad de pago por capitación (UPC), que constituye una variable clave en la operación del sistema al dar cuenta del gasto esperado por cada persona afiliada. No obstante, a dicha cifra se debe sumar el gasto efectuado por el propio sistema en servicios y medicamentos No POS, que creció a ritmos acelerados a partir del año 2000. En el caso del régimen contributivo, aunque el aumento de la UPC ha estado por debajo del crecimiento del PIB per cápita, al adicionar los recobros por servicios No POS puede que no haya mucha diferencia entre ambos crecimientos. Esta UPC ha tenido un crecimiento real del 30% entre 1995 y 2013, siendo más marcado entre 1995 y 2000 (11%) y entre 2008 y 2013 (17%), mientras durante buena parte de la década de 2000 estuvo estancada (GES, 2012).

Por otro lado, el comportamiento de la UPC establecida para el régimen subsidiado ha crecido en términos reales en 86% entre 1995 y 2015, con los siguientes momentos o fases: entre 1995 y 2008 la UPC estuvo prácticamente estancada, pasando por una reducción importante en 1999 y una recuperación lenta en los años siguientes; luego, entre 2008 y 2012 se sumaron aumentos reales del 30%, lo que en parte responde al reconocimiento del gasto creciente especialmente en las ciudades (GES, 2012), y finalmente a partir de 2012 se decretó una UPC que implica un aumento real del 43% y que responde a la unificación del POS para toda la población asegurada en cualquiera de los regímenes. Así que, el país avanza hacia la convergencia de la

UPC en ambos regímenes, consistente con el propósito de garantizar el mismo POS a toda la población (ver Gráfica 7).

En cuanto a la composición del gasto público, el sistema colombiano ha estado basado en una combinación de recursos fiscales y parafiscales, lo cual significa un sistema mixto en el que se mezclan los principios del modelo Bismarckiano con un diseño tipo del modelo Beveridge (Gutiérrez, Acosta y Sierra, 2012; González, 2001). Esta combinación de recursos ha estado concentrada en la evolución de los aportes por cotizaciones, las cuales se convierten en la principal fuente de financiación del sistema, en forma exclusiva del régimen contributivo. Por su lado, son los impuestos generales y específicos los que dan lugar a las transferencias de la Nación y a los recursos territoriales para la financiación del régimen subsidiado. Las cotizaciones representan el 51% de los recursos del sistema, con un monto \$18,1 billones en 2013. Otra fuente importante corresponde a las transferencias de la Nación a departamentos y municipios, el Sistema General de Participaciones, que representa un 19% y en 2013 ascendió a \$6,6 billones, mientras que los excedentes financieros (11%) representaron \$3,93 billones. Estas tres fuentes de recaudación se representan el 81% del total del gasto público en salud, pues la proporción restante del total de recursos públicos que financian principalmente al régimen subsidiado dependen en gran medida de los aportes de la Nación, además de las denominadas rentas cedidas y los recursos propios de las entidades territoriales (MSPS, 2014).

Gráfica 7. PIB percápita y UPC en el sistema de seguridad social en salud, 1995-2016 (Cifras en pesos de 2013)



Fuente: Hasta el año 2008: Acuerdos del CNSSS; a partir de 2009, Acuerdos de la CRES; en 2012 y años siguientes, Resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social. Banco de la República de Colombia, serie PIB base 2005: 1990-2014(p) e IPC desde 1995-julio de 2015. Datos hasta desde 1995 hasta Julio de 2015.

3.2 Equilibrio financiero

Desde su inicio en 1995, con excepción de los dos años siguientes a la crisis económica de 1999, el régimen contributivo ha dado muestras de sostenibilidad financiera, tanto así que dados los excedentes acumulados ha sido posible ampliar el contenido del POS y decretar aumentos de la UPC por encima de la inflación. Esta dinámica está respaldada en el buen desempeño de la economía, por lo que significa más empleo, y en las labores de vigilancia y control que han permitido captar mayores contribuciones. Ante escenarios de crisis, como el que se vivió en 1999, las cosas toman otro ritmo y pueden llevar a generar déficit y en casos extremos a restringir el crecimiento de la UPC. Fue así como la crisis y el crecimiento pausado del empleo formal durante cerca de una década no permitieron aumentar la UPC hasta el año 2008 (Gráfica 7), y de hecho implicaron saldos negativos del Fosyga en el año 2000 y 2001 (ver Gráfica 8). Luego, con la recuperación económica y el dinamismo del mercado laboral, se genera un superávit en el saldo de compensación, que en los últimos años ha estado alrededor del 20% de las cotizaciones destinadas a financiar el régimen contributivo.

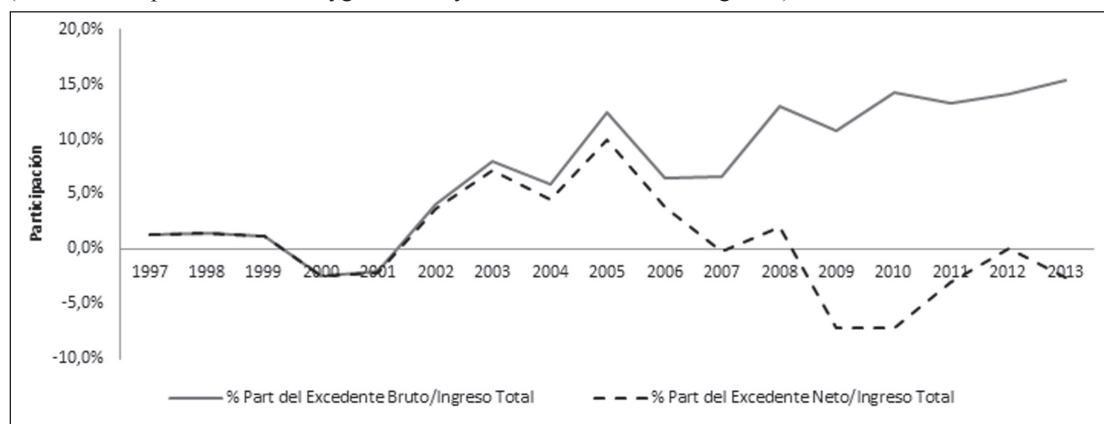
Así que en un escenario de largo plazo, el saldo de compensación resulta positivo, corroborando análisis previos del GES (Restrepo y Mejía, 2007), lo que permitiría mantener reservas para atender períodos de desequilibrio, e incluso para ampliar el contenido del POS. Sin embargo, como se nota en la gráfica 8, desde el año 2002 este saldo —saldo bruto— comienza a ser menguado por un segundo saldo —saldo neto— que resulta de descontar del anterior los recobros por tutelas y CTC. Dadas

estas circunstancias, el saldo del régimen contributivo se aproxima a cero y para los próximos años se hará manifiesta la restricción ante la presión que se tiene para ampliar el plan de beneficios.

En cuanto al régimen subsidiado, la financiación ha dependido de los recursos del Presupuesto General de la Nación y de las transferencias territoriales, además de la importancia que desde un comienzo se quiso dar a la solidaridad parafiscal que se soporta en los aportes de los cotizantes del régimen contributivo. Si bien la pretensión inicial era la de generar un esquema de financiación peso a peso entre los aportes de solidaridad del régimen contributivo y los aportes del gobierno, el esquema llamado *pari passu*, en los primeros años el gobierno no cumplió con su obligación y más bien buscó modificar la ley para reducirla, pero a lo largo de esta historia y dada la unificación del POS ha sido necesario incrementar de manera importante los aportes del gobierno, mientras que dada la sustitución de fuentes y el ritmo del equilibrio en el régimen contributivo, los aportes de solidaridad tienden a reducirse (GES, 2012). En este proceso se destacan los nuevos recursos generados por la Ley 1393 en 2010, provenientes de cambios en los impuestos al tabaco, a los licores, a la cerveza y a las loterías, con un recaudo cercano al billón de pesos anual que ha resultado muy importante para atender los requerimientos de la cobertura universal y de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios.

El incremento de recursos del régimen subsidiado y el cambio en sus fuentes de financiación, según el proceso que se ha dado en los últimos años en torno a los procesos de

Gráfica 8: Equilibrio financiero del régimen contributivo de salud, 1997-2013
(Saldo de compensación del Fosyga —bruto y neto— como % de los ingresos)



Fuente: MSPS-Informe de rendición de cuentas al Congreso. Cálculos GES.

universalización y la unificación, puede mostrarse con las siguientes cifras: en 2010, el monto total de recursos para financiar el régimen ascendió a \$8,3 billones, representados un 50% en el sistema general de participaciones, un 36% en recursos de solidaridad, algo más del 10% en recursos de las entidades territoriales, y el resto en recursos de las cajas de compensación familiar. Para 2014, luego de concretarse la unificación del POS, la financiación del régimen se aproxima a los \$14 billones. Entre estos recursos, ganan participación los recursos provenientes del Presupuesto General de la Nación, que habrían pasado del 7,1% en 2010 al 24,7%. En general, hacia adelante se demandarán mayores requerimientos del presupuesto para sostener este régimen; es así como el Ministerio de Salud y Protección Social estima que en 2016 deben aportarse más de \$5 billones, equivalentes al 34,5% de la financiación total.

3.3 Sustitución de fuentes y presión fiscal

El principal cambio en la financiación del gasto público en salud se presenta con la Ley 1607 de 2012, una reforma tributaria que implicó una sustitución de recursos. Siguiendo esta norma, a partir de 2014 cerca de un tercio de las cotizaciones se sustituyen por recursos fiscales (impuesto CREE), de modo que en el caso de los empleados con remuneración inferior a los 10 salarios mínimos, el empleador del sector privado no hace el aporte del 8,5%. Para los demás casos, incluyendo los pensionados y el sector público, continúan cotizando bajo lo considerado en la Ley 1122 de 2007 (ver cuadro 3).

En este contexto, la Ley 1607 de 2012 se convierte en un importante instrumento de política que establece un cambio en la composición de la recaudación del gasto público, específicamente sobre los recursos parafiscales, lo que genera muchos interrogantes, sobre todo aquellos que conciernen a la sostenibilidad financiera del sistema, ya que se sustituyen recursos parafiscales por recursos

fiscales, es decir, la propuesta del gobierno nacional plantea una sustitución de recursos entre las cotizaciones y el impuesto CREE.

La sustitución de los recursos que provienen de las cotizaciones de los empleados que ganan menos de 10 salarios mínimos deben ser soportados por el impuesto CREE. Pese a no implicar un aumento de los ingresos tributarios, este cambio traería un alivio para las empresas y una mayor carga para las personas, pero a la postre podría llevar a un hueco fiscal si no logra cubrir la reducción de los parafiscales para las empresas. En este sentido, esa reducción puede implicar unos \$6 billones anuales, que se espera sean sustituidos, compensados con un porcentaje del denominado CREE, que se adoptó en la reforma tributaria.

4. Competencia regulada: ¿Fallos de competencia o de regulación?

La competencia regulada fue una novedad institucional que trajo el sistema de salud colombiano para ser implementada a partir de 1995. Desde entonces habrían de formalizarse dos mercados —el de aseguramiento o de gestión de riesgos (EPS) y el de prestación de servicios (IPS)—, de modo que la parte macro del sistema expuesta en las secciones anteriores, en cuanto a cobertura, a rectoría y a financiación, se enfrentaría a una organización sectorial bajo principios y mecanismos de la competencia.

Esta combinación macro-micro da lugar a una discusión sobre la consistencia de ambas dimensiones. Es el caso que pueden ponerse en riesgo las metas en materia de cobertura, pues mientras en lo macro se plantean unos principios de corte socialdemócrata, en particular la solidaridad y la mancomunación de fondos para brindar cobertura universal, a nivel micro se promueven unos principios más inspirados en el

Cuadro 4. Fuentes de financiación de la seguridad social en salud, 1992-2014 (Normas, parámetros y recaudo en billones de pesos constantes de 2013)

1992		1995		2007		2011		2014		
Antes de la Ley 100 de 1993		Ley 100 de 1993		Ley 1122 de 2007		Ley 1438 de 2011		Ley 1607 de 2012		
Cotizaciones		Cotizaciones		Cotizaciones		Cotizaciones		Cotizaciones		
IBC	Billones	IBC	Billones	IBC	Billones	IBC	Billones	IBC	Billones	
7% IBC	1,17	12% IBC	3,52	12,5% IBC	8,78	12,5% IBC	15,9	4% (3)	12,5% IBC (4)	13,9
2,33% empleado	0,39	4% empleado	0,14	4% empleado	0,35	4% empleado	0,64	CREE	4% empleado	5,5
4,67% empleador	0,78	8% empleador	0,28	8,5% empleador	0,65	8,5% empleador	1,27	8,5% empleador	8,5% empleador	
Recursos fiscales		Recursos fiscales		Recursos fiscales		Recursos fiscales		Recursos fiscales		
Fuente	Billones	Fuente	Billones	Fuente	Billones	Fuente	Billones	Fuente	Billones	
Presupuesto General de la Nación (PGN)	2,94	Presupuesto General de la Nación (PGN)	4,13	Presupuesto General de la Nación (PGN)	2,43	Presupuesto General de la Nación (PGN)	2,43	Presupuesto General de la Nación (PGN)	4,67	
Transferencias de la Nación	1,01	Transferencias de la Nación (SGP)	2,27	Transferencias de la Nación (SGP)	5,62	Transferencias de la Nación (SGP)	5,62	Transferencias de la Nación (SGP)	6,66	
Recursos territoriales	0,59	Recursos territoriales	0,65	Recursos territoriales	1,13	Recursos territoriales	1,13	Recursos territoriales	2,28	
Aportes parafiscales		Aportes parafiscales		Aportes parafiscales (2)		Aportes parafiscales (2)		Aportes parafiscales		
Solidaridad (1%)	0,02	Solidaridad (1,5%)	1,82	Solidaridad (1,5%)	1,60	Solidaridad (Hasta 1,5%)	1,60	Solidaridad (Hasta 1,5%)	1,46	

Fuente: Cuentas Nacionales de la Salud e Informes de Gestión del Ministerio de Salud y Protección Social, ejecuciones presupuestales del Fosyga. Cálculos del GES.

- (1) Antes de la Ley 100 de 1993 no existía el régimen subsidiado, este comenzó a operar en 1995 y 1996.
- (2) Se pone techo al aporte por solidaridad transferido por la subcuenta de compensación (hasta 1,5 puntos). Originalmente (Ley 100 y Ley 1122) era un aporte fijo (un punto y 1,5 puntos, respectivamente).
- (3) Los empleadores del sector privado dejan de aportar el 8,5% para los empleados que ganan menos de 10 salarios mínimos, y a cambio contribuyen con un impuesto a las utilidades (CREE).
- (4) En el caso del sector público y para los empleadores con empleados que ganan más de 10 salarios mínimos, continúan aportando el 12,5%.

mercado, en particular la competencia y la eficiencia (Restrepo, 2008:158). En otras palabras, los propósitos macro sobre cobertura universal pueden distorsionarse o resultar opacados cuando la operación del sistema está basada en incentivos económicos que pueden llevar a las EPS y a las IPS a generar condiciones de acceso basadas no propiamente en la necesidad de las personas sino en criterios de mercado que incluso pueden generar barreras al acceso (Ruiz y Uprimny, 2012).

4.1 El modelo de competencia regulada

La organización sectorial dispuesta en Colombia resulta particular en el contexto internacional, especialmente en América Latina y entre los países de ingresos medios. Dicha organización toma elementos del modelo de *managed competition* propuesto por Alain Enthoven (1993), que en cierta forma resulta centrado en la autorregulación del mercado característica de Estados Unidos, combinado con la regulación pública que es típica de países como Canadá o de Europa.

El modelo de competencia regulada fue propuesto por Enthoven en el contexto norteamericano, dada la preocupación por los resultados que sobre eficiencia y equidad generaba el mercado que operaba bajo la libre elección del médico por parte del paciente, la libertad de prescripción del médico y el pago directo de honorarios entre paciente y médico. Así que la competencia regulada o administrada estaría basada en mecanismos para impulsar la eficiencia a partir del protagonismo de un asegurador que ejerce de patrocinador —*sponsor*— para procurar la afiliación y ejercer como comprador colectivo para modular el comportamiento de la oferta y generar incentivos que impidan el ejercicio de posición dominante y otros comportamientos estratégicos (Flórez, 2010).

En el modelo de competencia regulada, el asegurador cumple la función de reunir a la oferta y a la demanda, mediando la prima y controlando la incertidumbre. Pero dadas las particularidades de los mercados de servicios de salud, no es correcto que funcionen como mercados libres, así que se deben generar una serie de reglas para los agentes que deseen participar, de modo que se eviten distorsiones y pérdidas de bienestar. Según Enthoven, las reglas que deben regular este mercado se refieren a: equidad, selección de planes, inscripción y formación de una demanda elástica al precio.

En el caso colombiano, la competencia regulada fue adoptada mediante una concepción de la regulación que implicaba un mayor protagonismo del Estado, tanto por lo que se refiere a la financiación como al propósito de la cobertura universal de un plan único de salud —el POS—. Esto significó que las funciones del *sponsor* se distribuyeran de un modo diferente a como lo plantea Enthoven, dada la participación del regulador —el CNSSS, la CRES y el Ministerio— y del Fosyga. No obstante, la capacidad reguladora del Estado ha sido reducida, y si bien se han establecido reglas de juego no se ha cumplido muy bien las tareas de vigilancia, control y sanción. Con razón, Wiliam Hsiao comentó en la conferencia inaugural del 1er.

Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES):

“Colombia está inserta definitivamente en la aplicación de la teoría escrita por el profesor Alan Enthoven de la Universidad de Stanford. En alguna época el entonces Ministro de Salud Juan Luis Londoño leyó el libro de Alan sobre la administración gerenciada y pensó que esa teoría y el modelo planteado iban a resolver los problemas del sistema de salud colombiano. Pero, ¿qué tan cierto ha sido esto? Responder esa pregunta requiere evidencia e investigación” (Hsiao, 2008:25-26).

4.2 Evolución de la oferta del seguro de salud

La puesta en marcha de los mercados de EPS y de IPS implicó la pérdida de monopolio del Instituto de Seguros Sociales (ISS), dando paso a la competencia con las nuevas EPS y a la desintegración vertical del mismo ISS mediante la separación de las funciones que hasta entonces eran exclusivas para él, en particular la financiación —a cargo del Fosyga desde 1995—, la administración, que seguiría el esquema de competencia regulada entre EPS, y la prestación de servicios bajo la competencia entre IPS.

Así que el ISS debió emprender una serie de ajustes institucionales, incluyendo también la separación de los distintos ramos de la seguridad social —pensiones, salud y riesgos laborales—, y a la postre se produciría su desaparición mediante la liquidación o la transformación en nuevas entidades. Es el caso de la Nueva EPS, que heredó la población afiliada en el ISS bajo un consorcio entre gobierno y cajas de compensación familiar, Colpensiones, que se encargaría del régimen público de pensiones, y Positiva, que seguiría con el tema de riesgos laborales. Por su parte, las clínicas y los centros de atención del ISS desaparecieron y en muchos casos fueron cedidos a otros agentes públicos.

El mercado de EPS ha sido estudiado por el GES bajo el marco teórico de la organización industrial (OI). En una mirada inicial, con información para el período 1995-2001 (Arango, Casa y Restrepo, 2002), se estableció que el régimen contributivo mostraba una estabilidad relativa en cuanto al número de EPS, con 25 a nivel nacional, pero que se consolidaban unas pocas con un porcentaje alto de afiliados (60%), así que se presentaba una concentración moderada. En aquel momento se advertía además que para el futuro se esperaba una consolidación del mercado, conservando el número de EPS con posibles fusiones y liquidación, y la diferenciación de competidores a nivel territorial. Por otra parte, pese a que a nivel nacional el análisis de concentración indicaba la existencia de una concentración moderada, exceptuando las principales cuatro ciudades en casi todos los municipios se tenía una EPS que dominaba el mercado con una cuota superior al 50%; es más, mediante el índice de Hirschman-Herfindahl se estableció que en la gran mayoría de municipios del país predominaba el monopolio.

En cuanto al régimen subsidiado, en su momento a cargo de las administradoras del régimen subsidiado (ARS), el estudio del GES advertía que si bien se había alcanzado un número grande de entidades, 240 en 2000, hacia adelante habría de producirse un proceso de depuración mediante la depredación legislativa y la salida de varias de ellas por razones financieras. Se advertía así que en el futuro habría un menor número, aunque producto de la incertidumbre financiera y de la falta de estabilidad en la regulación pudieran darse mayores desapariciones o fusiones.

Posteriormente, el GES actualizó el análisis para 1998-2011 (GES, 2011) y concluyó que aunque en el orden nacional se conservaba una estructura cercana a la competitiva para ambos regímenes, esta tendencia no se daba en el plano regional o local, que es donde las personas realizan sus elecciones y donde se configuran realmente los mercados. En este período, el régimen contributivo presentó una tendencia decreciente en sus niveles de concentración de mercado, mientras se registró un ligero crecimiento en el régimen subsidiado.

Aunque ambos regímenes permanecían en el rango de mercados no concentrados, al tomar la oferta del régimen contributivo en cada una de las diez principales cabeceras municipales, los niveles de concentración dejaban de ser bajos para siete de dichos municipios, y para ocho en el caso del régimen subsidiado, encontrándose además que en este caso los niveles de concentración eran más elevados que los del régimen contributivo.

Posterior al año 2011, como se aprecia en el cuadro 5 al comparar los años 2010 y 2014, la oferta de EPS se reduce en ambos regímenes y se presenta además un aumento en el promedio de afiliados. En el caso del régimen contributivo, aunque se consolida Nueva EPS como una experiencia de organización mixta, es notoria la reducción de EPS privadas y el aumento en el promedio de afiliados y en el tamaño de la mayor EPS, que es Saludcoop. En el caso del régimen subsidiado, también se presentó la mayor reducción de EPS en la historia del sistema; además, se destaca la reducción de las cajas de compensación familiar que participan en este régimen y la consolidación de un número limitado de empresas solidarias de salud, luego de haber existido cerca de 200.

Los ajustes que se han producido en la oferta de EPS coinciden en buena medida con lo planteado en 2002 por Arango, Casas y Restrepo. El número de EPS se ha reducido notablemente, en particular en el régimen subsidiado, y se ha consolidado un número pequeño de EPS con el mayor número de afiliados, dando lugar en algunos territorios a una fuerte concentración e incluso a la presencia de monopolios en la afiliación. Un caso que permite ilustrar la evolución de la oferta en el régimen subsidiado se encuentra en el departamento de Antioquia (GES, 2009), en donde desde 2013 se conformó una EPS mixta, Savia Salud, con aportes del departamento de Antioquia, el municipio de Medellín y la Caja de Compensación Familiar Comfama. Esta EPS es la única en el área metropolitana de Medellín, y en todo el departamento alcanza una participación cercana al 75% del régimen subsidiado.

Por otra parte, también se ha cumplido la hipótesis de la salida de EPS por razones financieras, aunque el fenómeno no ha sido exclusivo del régimen subsidiado y en algunos casos resulta ligado a prácticas corruptas. Para finales del año 2014, por ejemplo, el 60% de las EPS registraron pérdidas cercanas a los \$ 800,000 millones (El País, 2015), y las razones que argumentan las EPS para sus problemas financieros están relacionadas principalmente con un aumento en los costos, por ejemplo de los servicios y medicamentos No POS. Estos problemas financieros han llevado a un proceso de liquidación a grandes EPS como Saludcoop y Caprecom quienes a Junio de 2015 adeudan más de \$4 billones a la Asociación de Clínicas y Hospitales de Colombia (El País, 2015). Medidas como el aumento de la UPC no han sido suficientes para aliviar los problemas financieros de la EPS que para 2016 esperan un escenario aún más complicado de cuenta de la Ley Estatutaria, además de una inflación y un devaluación considerables. Para finales de 2014, dados los requerimientos para operar en el sistema de salud, se encontraban siete EPS del régimen contributivo que los cumplían (Salud Total, Sura, Famisanar, Sanitas, Compensar y Aliansalud) y cinco EPS no los cumplían (Saludcoop, SOS, Cafesalud, Cruz Blanca y Golden Group) junto con otras cinco EPS que se encuentran al límite (Comeva, Nueva EPS, Comfenalco Valle, Saludvida y EPS Ferrocarriles) (El País, 2015), situación que lleva a pensar que en el futuro la tendencia a que se reduzca la oferta de aseguramiento en salud en Colombia continuara.

4.3 Regulación de precios de medicamentos

La regulación de precios de los medicamentos constituye un ejemplo de los requerimientos que posee el sistema colombiano en materia de regulación, e incluso de las posibilidades que tiene el país para ejercer dicha función para la protección de los recursos públicos y del bien común. Aunque la Ley 100 planteó la regulación de precios a cargo de la Comisión nacional de precios de los medicamentos, poco desarrollo se tuvo sobre el particular. Más recientemente, la Ley 1438 de 2011 amplió el alcance de este organismo para dar paso a la Comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos (CNPMDM), y en el marco de la política farmacéutica el documento CONPES Social 155 de 2012 sentó las bases para desarrollar instrumentos para detectar y resolver las distorsiones del mercado de medicamentos. Además, según lo establecido en el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 y en la Ley Estatutaria, se reafirma la tarea regulatoria sobre los medicamentos comercializados en el país, haciendo responsable al gobierno de una política farmacéutica.

En la Circular 03 de 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social establece la metodología de regulación de precios. La política está planteada para todos los medicamentos que se comercializan, mediante dos modalidades: libertad vigilada y control directo. Bajo la primera modalidad, los productores y distribuidores pueden determinar los precios con la obligación de informar por escrito a la CNPMDM. Por su parte, bajo control directo, la CNPMDM fija el precio máximo de venta

al público que productores y distribuidores pueden cobrar. Teniendo en cuenta las necesidades de salud pública, con relación a un determinado medicamento y su precio, se realiza la discriminación entre medicamentos que pueden pasar al régimen de control directo de precios.

La metodología de regulación consta de cuatro momentos: la definición del mercado relevante, el cálculo de su concentración, el establecimiento de precio de referencia, y el cálculo del precio máximo de venta. Para determinar el mercado relevante, se usa el criterio de sustituibilidad tanto terapéutica como económica, identificando los medicamentos con el Código Único de Medicamentos (CUM) y agrupándolos en mercados relevantes como competidores entre sí. Una vez se determina un mercado relevante, con el número de medicamentos que lo componen, sus precios y sus cuotas de mercado, se pasa al cálculo de la concentración aplicando el IHH. Se considera como mercado de alta concentración aquel que presente un IHH mayor a 2500.

Una vez se conoce qué medicamentos deben ser objeto de control directo, se pasa al cálculo del precio máximo de venta, que se basa en dos referentes: el precio de referencia por comparación nacional (PNR) y el precio de referencia por comparación internacional (PRI). El PNR se toma como un promedio ponderado de los precios de los medicamentos de un mismo mercado relevante, tomando como ponderador sus cuotas de mercado. El PRI se basa en información disponible de los mercados de 17 países considerados de referencia para Colombia: Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Panamá, Perú, Uruguay, España, Estados Unidos, Reino Unido, Australia, Canadá, Francia, Noruega, Alemania y Portugal. El precio máximo de venta se establece sobre el nivel mayorista de la cadena de distribución, para la venta al público el aumento del precio debe corresponder a los costos logísticos asociados a la distribución entre Bogotá y punto de venta al público (MinSalud, 2013)

Cuadro 5. Evolución del mercado de EPS en Colombia (1996-2014)

		1996	2000	2005	2010	2014
Régimen Contributivo						
EPS Privadas	Número	19	18	19	21	14
	Promedio de afiliados	193.401	496.555	672.065	784.330	1.281.270
	Máximo	641.801	2.493.221	3.058.118	3.554.470	4.164.162
	Mínimo	5.401	70.424	47.144	31.620	43.444
EPS Públicas o mixtas	Número	6	8	2	1	1
	Promedio de afiliados	113.082	114.309	1.342.370	2.345.355	2.755.618
	Máximo	448.397	689.505	2.677.685	2.345.355	2.755.618
	Mínimo	2.472	3.294	7.054	2.345.355	2.755.618
ISS	Afiliados	10.265.621	4.199.342			
Régimen Subsidiado						
EPS	Número	18	16		18	12
	Promedio de afiliados	165.163	221.917		557.319	697.591
	Máximo	n.d	1.042.885		2.947.265	3.317.658
	Mínimo	n.d	24.935		12.043	28.957
Cajas de Compensación Familiar	Número	27	46		22	15
	Promedio de afiliados	42.980	45.517		165.344	309.855
	Máximo	n.d	524.145		483.849	1.695.023
	Mínimo	n.d	983		7.076	54.035
Empresas Solidarias de Salud	Número	144	177		9	9
	Promedio de afiliados	12.836	21.842		1.023.737	1.091.199
	Máximo	n.d	204.248		1.409.699	1.655.668
	Mínimo	n.d	4.555		544.082	279.304

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado; Informe de actividades 2005-2006; Sector de la protección social informe de actividades 2009-2010; reporte del número de afiliados (BDUA) por EPS, 2015

Todos los medicamentos nuevos que se incorporen al mercado colombiano deben ser reportados a la CNPMDM, para que se realice su respectivo proceso de regulación. El no reporte de un nuevo medicamento o el no acatamiento por parte de las firmas de una disposición regulatoria sobre el precio de los medicamentos, las harán merecedoras a multas y demás sanciones administrativas.

Un balance general con respecto a esta política de regulación de medicamentos, presenta 863 medicamentos objeto de regulación, de los cuales 585 están incluidos en el POS y 278 son No POS, una reducción del 42% en los precios de los medicamentos regulados y un ahorro aproximado en el gasto en medicamentos de 550.000 millones de pesos (MinSalud, 2015).

5. Conclusiones

Luego de veinte años de su puesta en marcha, el sistema de seguridad social en salud de Colombia ofrece avances significativos en cuanto a cobertura y protección financiera. A la luz de los propósitos iniciales, en lo que se refiere a cubrir a toda la población con un plan único de beneficios, doce años después de lo previsto el país prácticamente logró la meta de cobertura universal. Así que el sistema colombiano puede estudiarse como una experiencia significativa que permite ilustrar las bondades de la mancomunación de fondos y la extensión de un seguro de salud a toda la población, tal como lo plantean la teoría y las recomendaciones más recientes para los sistemas de salud (Mills, 2011; OMS, 2010).

No obstante los logros a nivel macro, el sistema también da cuenta de dificultades y en su implementación se notan cambios que pueden llevar a configurar un sistema diferente al establecido en 1993, o bien, con ajustes producto de su dinámica y del entorno en el que se desenvuelve, en una visión optimista buscando su mejor desempeño. Es así como a lo largo de esta Observación se da cuenta de los giros o ajustes que se han introducido sobre varios aspectos esenciales. En pocas palabras, aunque no se tiene una visión o propuesta integrada, se nota una preocupación por fortalecer o recuperar el rol del Estado en materia de rectoría o regulación, solventar problemas de sostenibilidad financiera y brindar acceso efectivo a la población, dando fuerza a este último como objetivo esencial y elevado a la categoría de derecho fundamental mediante Ley Estatutaria.

En cuanto a cobertura de beneficios, se observa una crucial transición en el sistema al dejar atrás la priorización basada en la lista de inclusiones —el POS— y prepararse para formalizar un mecanismo que a partir de febrero de 2017 permita ofrecer un plan integral que pueda ampliar el espectro de servicios y medicamentos al centrar el esfuerzo regulatorio sobre la definición de exclusiones —lista negativa—. En el camino hacia un plan implícito, el país tiene un enorme reto para poner en marcha el procedimiento para la aprobación de la lista de exclusiones: una instancia que cuente con legitimidad, aprobación y participación del público. No obstante, a diferencia de lo que sucede con los planes explícitos como el

POS, los límites no resultan tan claros y la financiación puede tener dificultades puesto que como se sabe la oferta de tecnologías es creciente y por tanto puede resultar bastante difícil mantener límites pues se tendrá el interés por demandar nuevas tecnologías, y si es que estas no están expresamente excluidas podría asumirse a la luz de la nueva norma que debe garantizarse su suministro.

La función de regulación y la administración de recursos han estado dirigidas por diferentes organismos buscando una mayor eficiencia en sus funciones y tratando de solucionar los problemas ocasionados en su interior. Ahora, el Ministerio trata de intervenir un problema de falta de confianza y legitimidad con la creación de la denominada “instancia de coordinación y asesoría”, aunque esta instancia no cuenta con un papel decisorio sino que tiene un carácter orientador, se espera que ese espacio que tiene como fin implementar el diálogo, fortalecer la regulación, entre otros se constituya en el germen de un organismo de más alto perfil y que no sucumba en el camino.

Aunque la instancia asesora pudiera verse como un remedo de lo que fue el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, lo cierto es que a la luz de la gobernanza del sistema este es apenas un espacio de diálogo que solo recomienda y propone, dejando claro en el decreto de creación que “las recomendaciones que se formulen al interior de este espacio de coordinación y asesoría, son orientaciones y por lo tanto, no tienen carácter vinculante”.

En cuanto al financiamiento del sistema, el sistema se ha destacado por el cambio en las fuentes de financiación que llevó al predominio del gasto público y a la disminución del gasto privado. Es clave considerar que el país tiene un espacio importante para ampliar los recursos que financian el sistema de salud, más aun cuando la proporción de los recursos fiscales deben garantizar la sostenibilidad financiera alcanzada con los recursos parafiscales, para ello es fundamental aprovechar la estabilidad macroeconómica del país y su crecimiento económico, lo cual, permitirá determinar la capacidad del sistema para enfrentar los riesgos financieros que se presentan en su continuo funcionamiento.

Con la puesta en marcha de la Ley 100 se buscaba generar una dinámica competitiva en los mercados de salud —el aseguramiento y la prestación de servicios—, bajo un modelo de competencia regulada. A nivel micro aún no se ha logrado encontrar un punto de equilibrio, ya que se presentan problemas como por ejemplo que la oferta de aseguradores se reduce conforme se reduce el tamaño de la población en las regiones y esto se da por ejemplo por problemas de economías de escala. Además, se encuentra el problema de la integración vertical entre aseguradores y prestadores, los incentivos a desviarse del ideal del modelo por problemas de información, entre otros. En este sentido el Estado debe estar presente e involucrado en el funcionamiento del sistema de salud, tal como lo plantea el modelo de competencia regulada, pero en Colombia se presenta que el Estado no ha ejercido una total función de regulación y vigilancia de los mercados de salud. El sistema está migrando, en este momento existe una tendencia a reducir la oferta de aseguradores el país, también se viven los efectos de la ley de libre movilidad entre regímenes, entre otros cambios en el

modelo y la estructura, lo ideal es que también se hagan cambios en la regulación y el Estado tenga los suficientes poderes como para garantizar que el modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud en Colombia funciona como un verdadero modelo de competencia regulada.

Por último, como complemento de las ilustraciones y explicaciones de las secciones anteriores, en el cuadro 6 se presenta una relación de las principales normas o medidas adoptadas en los dos últimos años, en cuanto a cambios y acciones impulsados por el Ministerio de Salud y Protección

Social en busca de impactos positivos, desmarcándose de la férrea posición de dos años atrás, cuando se embarcó sin éxito en el trámite de una ley ordinaria, dando paso entonces a la implementación de medidas dispuestas en la Ley 1438 de 2011. Es así como estos avances normativos e innovaciones se refieren a temas que ameritan un análisis cuidadoso y un buen seguimiento para concluir si de verdad, como se dice en el informe del Ministerio de 2015, es posible “una transición hacia un mejor modelo de salud, más cercano a la gente, con mayor oportunidad y calidad” (MinSalud, 2015).

Cuadro 6. Principales normas o medidas para mejorar desempeño del sistema de salud (2013-2014)

Norma o documento	Tema (objeto)	Resultado esperado
Decreto 1164 de 2014	Cobertura jóvenes de 18 a 25 años con padres cotizantes (estudiando o no)	Ampliar o mantener cobertura y acceso (1,5 millones de jóvenes)
Decreto 3047 de 2013 Resolución 2635 de 2014	Movilidad entre regímenes	Continuidad en la afiliación para población vulnerable
Decreto 1683 de 2013	Portabilidad del seguro de salud	Garantizar el derecho a la salud (acceso) en todo el país
Decreto 2561 de 2014	Modelo de atención integral para zonas dispersas o aisladas (Guainía)	Mejorar el acceso
Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1753 de 2015)	Modelo integral de atención en salud Entidad administradora de recursos (administración centralizada)	Mejorar el acceso (entorno familiar, social y comunitario) Mayor eficiencia en flujo de recursos, seguimiento a recursos del orden territorial
Decreto 2273 de 2014	Prestación de servicios en donde solo hay oferta pública (susidios a la oferta)	Acceso y sostenibilidad de red pública
Decreto 2702 de 2014	Condiciones financieras de EPS	EPS sólidas
Decreto 2478 de 2014 Resolución 304 de 2015	Instancia de coordinación y asesoría	Espacio de diálogo para la dirección del sistema
Resolución 5968 de 2014	Unificación del POS (piloto en cuatro ciudades)	Igualación de UPC contributiva y subsidiada

Fuente: Informe del Ministerio de Salud y Protección Social al Congreso de la República, 2014-2015; normas de referencia.

Referencias

Arango Arango, M. A., Restrepo Zea, J. H., & Casa Bustamante, L. P. (2002). Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia. *Lecturas de Economía*.

Así vamos en salud. (2015). Aseguramiento. Recuperado 9 de marzo de 2016, a partir de <http://www.asivamosensalud.org/indicadores/aseguramiento/grafica.ver/15>

Banco Mundial (2013). Bases de datos del Banco Mundial.

Comisión Europea. (2014). Comprender las políticas de la Unión Europea: Salud pública.

Cubillos L. (2006). Evaluación de tecnologías en salud: aplicaciones y recomendaciones en el Sistema de seguridad social en salud colombiano. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Disponible en: www.minproteccion-social.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo-16192DocumentNo4236.PDF

Defensoría del Pueblo. (2015). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2014. Recuperado a partir de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/LatutelaylosderechosalaSalud.pdf>

El País. (Diciembre de 2015). ¿Las EPS van hacia su desaparición? Recuperado el 02 Mayo de 2016, de ¿Las EPS van hacia su desaparición?: <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/eps-van-hacia-su-desaparicion>

Enthoven, A (1993). The history and principles of managed competition. *Suplement*, págs. 24-48.

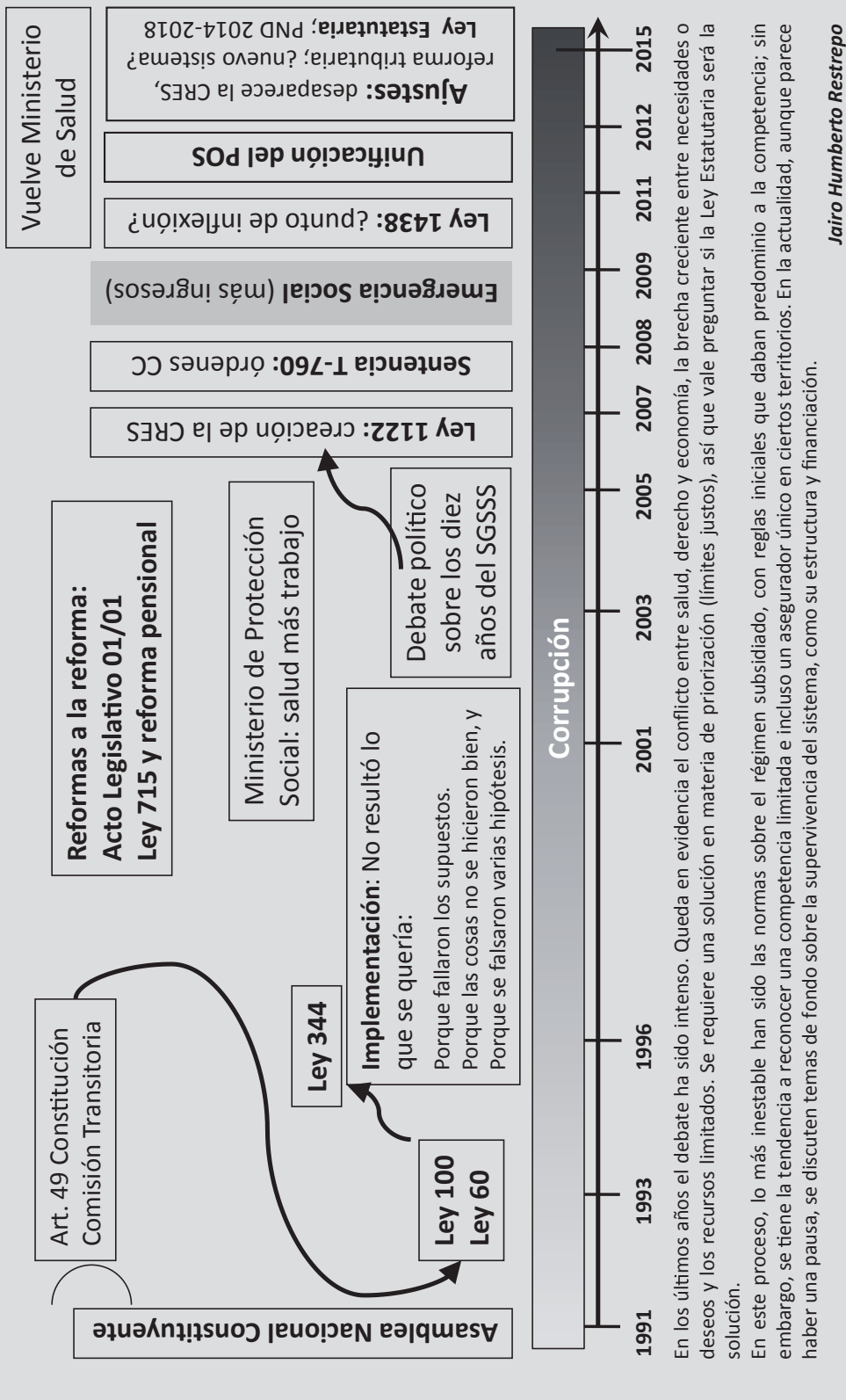
Flórez, J. (2010). “La competencia regulada en el sistema de salud colombiano” *Revista Le Bret*, No. 2, Bogotá, págs. 73-99,

Franco, C. (2015). *Recobros ¿Quién se beneficia y quién no?* Tesis doctoral, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Económicas, Bogotá D.C.

Frenk, J. & Londoño, J. (1997). “Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud

- en América Latina”. Documento de Trabajo No. 353, Banco Interamericano de Desarrollo.
- GES – Grupo de Economía de la Salud (2007). *Reforma a la regulación en salud en Colombia: del Consejo Nacional a la Comisión de Regulación*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 16.
- , 2008. *Limitaciones y derechos sobre la atención en salud de los colombianos*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 18.
- , 2009. *Evolución y perspectivas del régimen subsidiado de salud, 1996-2008*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 19.
- , 2011. *Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 23.
- , 2012. *Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en salud*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 25.
- , 2013. *Aspectos económicos de la reforma a la salud en Colombia*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 26.
- , 2014. *Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 28.
- 2014a. *Acceso y uso racional de medicamentos: experiencias internacionales y panorama colombiano*. Observatorio de la Seguridad Social, No. 29.
- Giedion, U., Tristao, I., Bitrán, R., & Cañón, O. (2014). *Planes de beneficios en salud de América Latina Una comparación regional*.
- Gómez, Conrado; Sánchez, Luz Helena; Ramírez, Marta (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 D.C., ASSALUD.
- González, J. (2001). Imparcialidad financiera y equidad. *Revista Gerencia y política en Salud*.
- Gutiérrez, Catalina; Acosta, Olga Lucía y Alfonso, Eduardo (2012). “Financiación de la seguridad social en salud: fuentes de recursos y su administración. Problemas y Alternativas”. En: Bernal, Óscar y Gutiérrez, Catalina (compiladores). *La salud en Colombia. Logros, retos y recomendaciones*. Bogotá, Universidad de los Andes, p. 81-182.
- Harvard University School Of Public Health (1996). Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan. Bogotá, marzo 21 (mimeo).
- Hsiao, W. (2008). La economía y la reforma del sistema de salud colombiano (pp. 25-26). Presentado en Primer Congreso ACOES. Recuperado a partir de <http://acoes.org.co/images/memorias/Memorias%20Primer%20Congreso%20ACOES.pdf>
- Krugman, P. (26 de Junio de 2015). ¡Hurra por ‘Obamacare’! El País.
- Ley 100. (23 de Diciembre de 1993). Sistema de Seguridad Social Integral, Libro II: El Sistema general de Seguridad Social en Salud. Recuperado el 20 de Octubre de 2015, de Congreso de la República de Colombia: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1503/LEY%20100%20DE%20DICIEMBRE%2023%20DE%20201993.pdf>
- Ley 1438. (19 de Enero de 2011). Reforma al sistema general de seguridad social en salud. Recuperado el 13 de Noviembre de 2015, de Congreso de la República de Colombia: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf>
- Ley 1751. (16 de Febrero de 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado el 15 de Noviembre de 2015, de Congreso de la República de Colombia: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Mills, A., 2011. Health systems in low -and middle- income countries. En: *The Oxford Handbook of Health Economics*. Oxford: Oxford University Press, pp. 30-57.
- Ministerio de Salud. Diario Oficial No. 48.798. (2013). Circular 03 de 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social, 2014. (*Boletín bimestral Julio-Agosto 2014*). *Cifras financieras del sector salud*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Informe al Congreso de la República 2014-2015.
- MSPS (2014). Rendición de cuentas 2010-2014.
- OMS, 2000. *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS, 2010. *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, G. & Silva, A., 2015. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Borradores de economía. Banco de la Republica, Volumen 218.
- PND (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018. Presidencia de la Republica. Recuperado de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/PND/PND%202014-2018%20Tomo%201%20internet.pdf>
- Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta SM. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*. 2005; (12): 165-90.
- Restrepo, J., & Mejía, A. (2007). Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007.
- Restrepo, J. (2008). Introducción a la Economía de la Salud en Colombia.
- Restrepo, J. (2014, mayo 2). Ecos de la cumbre nacional por la salud. Alma Máter. Recuperado a partir de <http://mokana.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaAlmamater/secciones/vida/2013/Ecos%20de%20la%20cumbre%20nacional%20por%20la%20salud>
- Resolución 304. (9 de Febrero de 2015). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0304-de-2015.pdf>
- Rodríguez, S. (2007). El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 9, No. 16, pp. 223-253.
- Ruiz, F., & Uprimny, M. (2012). *La salud: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*.
- Uprimny, R., & Durán, J. (2014). *Equidad y protección judicial del derecho a la salud en Colombia*.

Recuadro: Historia del sistema general de seguridad social en salud



En los últimos años el debate ha sido intenso. Queda en evidencia el conflicto entre salud, derecho y economía, la brecha creciente entre necesidades o deseos y los recursos limitados. Se requiere una solución en materia de priorización (límites justos), así que vale preguntar si la Ley Estatutaria será la solución.

En este proceso, lo más inestable han sido las normas sobre el régimen subsidiado, con reglas iniciales que daban predominio a la competencia; sin embargo, se tiene la tendencia a reconocer una competencia limitada e incluso un asegurador único en ciertos territorios. En la actualidad, aunque parece haber una pausa, se discuten temas de fondo sobre la supervivencia del sistema, como su estructura y financiación.

Jairo Humberto Restrepo

Observación estadística:

Seguros voluntarios de salud en Colombia, 2000-2014

Camilo Liñán. Joven Investigador del GES

En Colombia, las personas afiliadas al sistema de salud pueden adquirir planes adicionales de salud (PAS). Se trata de seguros voluntarios, a los cuales se accede vía mercado, definidos en la Ley 1438 de 2011 como “las coberturas asistenciales relacionadas con los servicios de salud, contratados voluntariamente y financiados en su totalidad por el afiliado o la empresa prestadora con base en las cotizaciones a que dé lugar”.

Estos planes son: servicios de medicina prepagada (MP), ambulancia prepagada (AP) y planes complementarios (PC) en salud, los cuales brindan ventajas de acceso a una red de atención diferencial, con cobertura y beneficios que mejoran o complementan los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS). También se tienen diferentes tipos de pólizas en salud para hospitalización y cirugía, entre otros servicios.

La oferta de estos planes se concreta en diez entidades de medicina prepagada o aseguradoras. En suma, estas entidades obtuvieron unos ingresos operacionales de \$2,1 billones en 2013, con una población afiliada de 1.001.298 personas. El índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) es 2281,1 (cálculo propio), lo cual indica que es un mercado moderadamente concentrado.

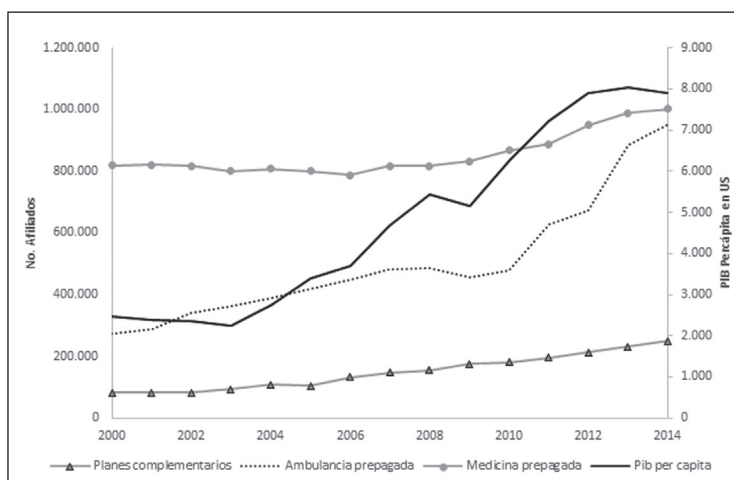
En cuanto a planes complementarios, que pagan los afiliados a las EPS, según la Asociación Colombiana de Medicina Integral (ACEMI) hay 250.000 afiliados y ocho EPS que los ofrecen. Por su parte, los planes de ambulancia prepagada son ofrecidos por ocho empresas que cuentan con 671.243 afiliados.

El gráfico muestra la evolución de la afiliación a planes de MP, PC y AP (datos en miles, izquierda) y la evolución del PIB per cápita (datos en miles de dólares, derecha). La elasticidad de la demanda con respecto al ingreso indica que los servicios de MP y los PC pueden ser considerados como bienes normales (al aumentar el ingreso en 1%, la demanda por estos planes crece 0,34% y 0,47%, respectivamente), mientras que la AP es un bien de lujo (aumentos del 1% en el ingreso conllevan a aumentos de 2.5% en su demanda).

La ley colombiana también define las pólizas de salud. En había en Colombia 440 mil personas cubierta con pólizas de salud, con precios que oscilaban entre \$1,5 y \$1,9 millones al año. En cuanto a PC, en el cuadro se presenta el gasto promedio en estos planes, según información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2014.

Por último, sobre el gasto en seguros voluntarios, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social el gasto privado representó cerca del 25% del gasto total en salud en 2011, del cual 64% representa gasto de bolsillos y el otro 36% seguros en salud, siendo la MP el 51% de este gasto, mientras que otros seguros y el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) representaron el 39% y el 10%, respectivamente.

Gráfica. Colombia: Cobertura de seguros privados de salud y PIB percápita, 2000-2014



Fuente. Superintendencia Nacional de Salud, Banco mundial.

Cuadro. Colombia: Planes de seguros privados y gasto promedio, 2014

Tipo de plan	Gasto promedio (\$)
Póliza de Hospitalización y cirugía	49.899
Contrato MP	165.784
Contrato PC	56.033
Seguro médico estudiantil	8.218
Otros	29.224

Fuente: cálculos propios, ENCV 2014

Observación académica:

¿Qué podemos aprender de Jean Tirole en Economía de la Salud?

Fernando Flórez. Estudiante en formación del GES

Jean Tirole es un reconocido economista francés que ha dedicado su carrera al estudio de temas concernientes a Organización Industrial (OI) y regulación, esfuerzo reconocido por la academia al otorgarle en 2014 el Premio Nobel de Economía por sus múltiples e importantes aportes a este campo de la economía.

La formación académica de Tirole se inició en el campo de la ingeniería, continuando con estudios en matemáticas y economía. Su producción académica cuenta con más de 180 artículos y ocho libros, destacándose escritos como Teoría de la Organización Industrial, Teoría de Juegos, Competencia en Telecomunicaciones, y Teoría de las Finanzas Corporativas. Tirole se desempeña como Director de la Fundación Jean Jacques Laffont en la Escuela de Economía de la Universidad de Toulouse en Francia.

Tirole ha desarrollado su análisis basado principalmente en la utilización de la teoría de juegos, la teoría de incentivos, la teoría de contratos y la teoría de monopolio/oligopolio, teorías a las que él mismo ha realizado importantes aportes. Tirole también ha logrado integrar el estudio de la OI con el estudio de la economía pública.

Uno de los principales mensajes de Tirole ha sido que los fenómenos económicos se deben entender como situaciones particulares que dependen de muchas variables. Si bien los fenómenos económicos pueden tener similitudes, se deben tratar de manera diferente pues no existe una única forma de entender la economía ni de regularla. Existe más bien una caja de herramientas que permite a los economistas saber cómo enfrentar cada fenómeno que se presenta.

Aunque no existe una contribución específica de Tirole en el campo de la Economía de la Salud, su teoría puede ser utilizada para entender muchos fenómenos asociados a éste. Una revisión de literatura enseña que basados en Tirole se puede hablar de tres grandes temas que atañen a la Economía de la Salud: la calidad en bienes y servicios, la investigación y el desarrollo, y la integración vertical. Estos temas están tratados en su obra Teoría de la Organización Industrial (1988).

Para abordar la calidad en medicamentos y servicios médicos, Tirole ofrece un análisis desde el consumidor y desde el productor, reconociendo que la calidad es una variable fundamental en las decisiones de ambos agentes, pero que al mismo tiempo es una variable que introduce grandes problemas de información a los mercados. Se llega principalmente a que en un mercado real, donde es muy probable la existencia de estructuras poco competitivas y de grandes problemas de información para los consumidores, se presentan dos

problemas fundamentales: el incentivo de las firmas de producir bajos niveles de calidad y mantener precios altos; muchos consumidores, al no tener información, toman el precio como una señal de calidad pensando que a mayor precio mayor calidad, intuición que no siempre es correcta.

En el caso de medicamentos y servicios médicos, se trata de bienes para los cuales existe una especial dificultad para obtener información sobre su nivel de calidad, generándose el incentivo para las firmas farmacéuticas de no ser coherentes entre precio y calidad. En cuanto al consumidor, muchas veces se discrimina por precio, como en el caso de comparar medicamentos de marca contra medicamentos genéricos, y preferir los de marca sin más argumento que su precio alto.

En cuanto a la generación de conocimiento y nuevos productos, como medicamentos y tratamientos médicos, en el capítulo 10 de Teoría de la Organización Industrial Tirole realiza un análisis que ayuda a entender cuál es el incentivo de una firma farmacéutica, una clínica o una universidad, entre otros, para generar innovación de productos o de proceso, incentivo basado principalmente en el sistema de patentes. Si bien con este incentivo se genera innovación, que es benéfica para la sociedad, también se desprende un problema de poder de mercado que debe ser regulado.

Finalmente, Tirole trata el tema de integración vertical, que es muy común en la industria de servicios de salud, como por ejemplo la relación entre firmas farmacéuticas y de distribución de medicamentos, o en el caso colombiano la relación entre EPS e IPS, donde es posible que las primeras tengan participación en las segundas. Tirole habla de distintos tipos de contratos que se pueden dar entre este tipo de agentes, como los contratos de franquicia o de exclusividad, ya sea territorial o de marca, entre otros.

Referencias:

Press Scientific Background on the Sveriges Riksbank Prize in Economic Sciences in Memory of Alfred Nobel

2014, Jean Tirole: Market Power and Regulation, compiled by the Economic Sciences Prize Committee of the Royal Swedish Academy of Sciences (http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/economic-sciences/laureates/2014/advanced-economicsciences2014.pdf).

Tirole, J. (1988). La Teoría de la Organización Industrial. Barcelona, Ariel economía.

Actualidades del GES

Investigaciones y estudios:

El GES inició un estudio en el marco de convenio con el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS):

- *Evaluación económica de Everolimus para pacientes receptores de trasplante de riñón, hígado y corazón.*
- También inició dos estudios mediante convenio de cooperación con la Secretaría de Salud de Medellín:
- *Fortalecimiento de la estrategia Medellín Ciudad Saludable.*
- *Análisis del costo de la atención del parto en Medellín.*

Publicaciones recientes:

“Análisis de costo-efectividad del ticagrelor en comparación con el clopidogrel para el tratamiento de pacientes con síndrome coronario agudo en Colombia”. Revista Biomédica, Vol 35, No. 4, págs. 531-540. Coautores del GES: Mateo Ceballos, Sara Atehortúa, María Elena Mejía y Carolina Ramírez.

4º. Congreso de ACOES:

Entre el 18 y 20 de Febrero de 2015 se llevó a cabo el 4º. Congreso de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) en la ciudad de Cali, cuyo tema central fue “Demanda por Salud y Retos para el Futuro”. El Congreso fue organizado por el Centro de Estudios de Protección Social y Economía de la Salud (PROESA), la Universidad ICESI y el GES, en asocio con la Fundación Valle del Lili, y contó con la presentación de unos 60 trabajos en forma oral o como poster.

En este 4º. Congreso de ACOES, el GES tuvo una destacada participación con la presentación de cinco ponencias y cuatro poster. Dos de estos trabajos, a cargo de Laura Ramírez y Laura Sánchez, recibieron distinción en la modalidad de estudiante de pregrado y estudiante de maestría, respectivamente.

Graduación de estudiante de pregrado:

María Fernanda Mora, Joven Investigadora del GES, concluyó su carrera de economía. En desarrollo de su práctica, en la Gobernación de Antioquia, elaboró el trabajo “Índice de Criminalidad: Una aplicación para las subregiones del departamento de Antioquia”, el cual fue presentado como ponencia en 4º. Congreso de ACOES.

Otras actividades e información de interés

Juan José Espinal fue admitido a la Maestría en Economía de la Universidad de Antioquia, a partir del segundo semestre de 2015.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

Mauricio Alviar Ramírez

Decano de la Facultad de Ciencias

Económicas:

Ramón Javier Mesa Callejas

Jefe, Departamento Economía

Luz Ángela Valencia Cadavid

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:

Juan Darío García Londoño

Coordinador del GES

Jairo Humberto Restrepo Zea

Otros profesores:

Eliana Martínez Herrera

Profesionales y estudiantes de maestría:

Andrea Ruíz Molina

Esteban Orozco Ramírez

Paula Castro García

Laura Sánchez Higueta

Juan José Espinal Piedrahíta

Jóvenes investigadores:

Laura Ramírez Gómez

Camilo Liñán Murillo

Estudiantes en formación:

Jesús Fernando Flórez Herrera

Estefanía Rúa Ledesma

Cindy Lorena Chamorro V.

Elaboración de textos:

Jairo Humberto Restrepo,

Cindy Chamorro,

Laura Sánchez,

Juan José Espinal,

Fernando Flórez,

Estefanía Rúa y

Laura Ramírez.

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo

y Cindy Lorena Chamorro

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: jairo.restrepo@udea.edu.co

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