

## Borradores del CIE

**Nº 11**

**Marzo de 2004**

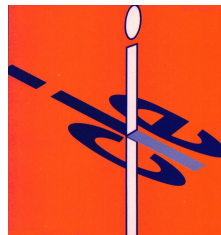
### **Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia**

Elaborado por:

Jairo Humberto Restrepo Zea  
Sandra Rodríguez Acosta

Grupo de Economía de la Salud –GES–  
*<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>*

Este Borrador es un producto de la investigación “Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano”, financiada por la Universidad de Antioquia y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología – Colciencias- (1115-04-11914), y realizada entre julio de 2002 y octubre de 2003. También participaron Durfari Velandia, en calidad de asistente, y David Tobón como asesor.



**Centro de Investigaciones Económicas  
Universidad de Antioquia**

**Medellín-Colombia**

---

La serie Borradores del CIE está conformada por documentos de carácter provisional en los que se presentan avances de proyectos y actividades de investigación, con miras a su publicación posterior en revistas o libros nacionales o internacionales. El contenido de los Borradores es responsabilidad de los autores y no compromete a la institución

# Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia<sup>\*</sup>

Jairo Humberto Restrepo Zea<sup>\*\*</sup>  
Sandra Rodríguez Acosta<sup>\*\*\*</sup>

## Resumen:

En Colombia se tiene un sistema de salud basado en la competencia regulada. En él interactúan los mercados de seguros y servicios de salud, influenciados por variables reguladas como la unidad de pago per cápita (precio) y el plan obligatorio de salud (cantidad y calidad), al igual que normas específicas para los agentes que participan en ellos. La investigación evalúa la regulación en el sistema colombiano, comparando las recomendaciones teóricas con la experiencia internacional, el diseño del sistema y su funcionamiento durante los primeros siete años. Se adelanta un análisis documental y la recolección de información primaria, en especial mediante una encuesta a los regulados y varias entrevistas y consultas entre expertos. Se analizan los reguladores, principalmente el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por su peculiaridad en el mundo, el marco regulatorio y los logros y barreras de los reguladores. Aunque se destaca un diseño en general adecuado, existen vacíos en cuanto a coordinación y vigilancia sobre las normas. También se encuentran aspectos críticos, enmarcados en la falta de planeación estratégica y algunos elementos inherentes a la estructura y operación del Consejo, lo que pone en duda su autonomía y la búsqueda del bien común en sus decisiones.

*Palabras claves:* regulación, instituciones, elección pública, seguridad social, sistema de salud

*Clasificación JEL:* D72, I18, L51, D78.

## Abstract:

Colombia has a health system based on regulated competence, there interact insurances and health care services markets; they are regulated by variables such as: unidad de pago por capitación or price and the plan obligatorio de salud (quantity and quality); at the same time, there are specific norms for the agents that participate in them. This research evaluates the regulation in the Colombian system, comparing not only theoretical recommendations with the international experience but also the design of the system and its operation during the first seven years. We did documentary analysis and we took primary information by survey to regulated agents and several interviews and consultations among experts. The actor analyzed is mainly El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (National Council of Social Security in Health) by their peculiarity in the world, the regulatory framework and the achievements and barriers of the regulators. Although its design in general is adequate, exist empties respect to its coordination and caution on the norms. Also critical aspects are found, frames in the lack of strategic planning and some elements inherent in the structure and operation of the Council, what puts in doubt their autonomy and the common search of good in their decisions.

*Key words:* regulation, institutions, public choice, social security, health system

---

\* Trabajo presentado en la 1ª. Conferencia Iberoamericana de Economía de la Salud. Cartagena, 31 de marzo – abril 1º de 2004. Producto de la investigación “Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano”, financiada por la Universidad de Antioquia y el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología –Colciencias- (1115-04-11914), y realizada entre julio de 2002 y octubre de 2003. También participaron Durfari Velandia, en calidad de asistente, y David Tobón como asesor.

\*\* Economista y magíster en políticas públicas. Profesor e investigador de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, Coordinador del Grupo de Economía de la Salud –GES-, adscrito al Centro de Investigaciones Económicas –CIE- de la misma Facultad ([jairo@catios.udea.edu.co](mailto:jairo@catios.udea.edu.co)).

\*\*\* Economista y estudiante de Maestría en Economía de la Universidad de Antioquia. Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia, Integrante del Grupo de Economía de la Salud –GES- ([srodrig@agustinianos.udea.edu.co](mailto:srodrig@agustinianos.udea.edu.co)).

## **Introducción**

Las reformas sectoriales de las últimas décadas han buscado la formación de mercados y la concesión de un mayor espacio a los agentes privados para que participen en la oferta de bienes y servicios que antes eran producidos bajo monopolio estatal, al mismo tiempo que se promueve entre los consumidores la libre elección del proveedor de dichos bienes o servicios. Aunque existe polémica sobre los verdaderos propósitos o alcances de estas reformas, así como sobre sus resultados en materia de cobertura y ajuste fiscal, la liberalización y la privatización han marcado la pauta como estrategias para mejorar los niveles de eficiencia y bienestar en la sociedad.

Esta lógica de las reformas ha traído consigo varias innovaciones de mercado. En particular, se tiene la desintegración vertical de actividades que antes realizaba una sola firma, normalmente de carácter estatal, de modo que emergen varios mercados que se configuran en torno a la oferta de nuevas firmas competidoras. Además, en medio de tal desintegración y de la aparición de nuevos agentes, se desarrollan comportamientos estratégicos que buscan reducir costos de transacción y mantener su presencia en el mercado, de modo que se generan integraciones, alianzas y otras conductas que, unidas a imperfecciones como la existencia de externalidades o los problemas de información, ponen en riesgo el bienestar del consumidor.

En el caso de la salud, la reforma colombiana ofrece un ejemplo interesante en el mundo. El seguro público de salud fue sometido a una desintegración vertical al separar su oferta de las actividades o funciones de financiamiento y prestación de servicios; además, se creó un mercado para proveer el seguro y articularlo con el mercado de servicios médicos, el cual también recibió un impulso, con incentivos para invertir en la ampliación de la oferta y el mejoramiento de la calidad. Esta reforma en los mercados de salud estuvo complementada con la descentralización territorial y, como puede predecirse desde la economía institucional, implicó la generación de mecanismos de regulación para facilitar un desarrollo armónico de tales mercados.

El marco regulatorio del sistema de salud colombiano se caracteriza por dos conjuntos de hechos que también llaman la atención. Por una parte, en cuanto a su contenido, en términos de instituciones o normas el sistema está guiado, a nivel macro, por variables de precio y cantidad que buscan el desarrollo de la competencia regulada, de manera consistente con el propósito de brindar cobertura universal del seguro y evitar o contener fenómenos como la selección de riesgos y el riesgo moral. Además, a nivel micro, los agentes que participan en el sistema se ven sometidos a restricciones para su entrada y operación, las cuales incluyen requerimientos sobre capital, solvencia, exposición a riesgos y garantía de la calidad.

Por otra parte, desde el punto de vista de la regulación como proceso, en el caso colombiano se cuenta con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como un organismo colegiado sobre el cual se tienen pocos precedentes en el mundo, con funciones en materia de regulación, al mismo tiempo que administra recursos del sistema y funciona como un espacio de concertación o participación social. Además del Consejo, el Ministerio de Salud y la Superintendencia Nacional de Salud completan el conjunto de organismos reguladores y se encargan de funciones más técnicas y específicas, tanto en cuanto a la definición de normas como a la vigilancia y el control sobre las mismas.

A partir de este contexto, en este documento se especifican y analizan las principales funciones que hacen parte de la regulación de este sistema, así como los organismos que intervienen en ella, y se

identifican algunos vacíos e inconsistencias en el diseño y la operación de la función de regulación. El texto consta de cuatro secciones, comenzando con los aspectos teóricos de la regulación y el diseño general de ésta en el caso de la salud en Colombia. En la segunda sección se presenta la metodología empleada en la investigación. En la tercera se presentan los resultados, los cuales se basan en la especificación de la regulación del sistema, diferenciando las variables macro para su desempeño y las variables micro para la operación de los mercados de aseguramiento y de prestación de servicios, al igual que la regulación del sistema a partir de los organismos que ejercen dicha función, exposición que se centra en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El documento finaliza con una discusión preliminar sobre los resultados de la investigación.

## **1. La regulación en salud: teoría y elementos de diseño institucional**

### **1.1 Definición y problemas de la regulación: contrapunteo con la función de rectoría**

La regulación, desde una perspectiva de la economía institucional, puede verse como una institución formal, referida a una función pública que restringe las actividades de los agentes que participan en el mercado, de manera intencional y con el propósito fundamental de garantizar el bien común (Mitnick, 1989:26). Vista así, la regulación se expresa principalmente en normas, como leyes, reglamentos, decretos o resoluciones, de modo que es de dominio público y obligatoria para todos los agentes, susceptible de ser vigilado su cumplimiento y de establecer sanciones; además, con tales normas se busca corregir problemas específicos que impiden el desarrollo de los mercados o hacen que éstos generen resultados no deseables desde una perspectiva social.

El estudio de la regulación puede abordarse teniendo en cuenta dos elementos fundamentales que constituyen su naturaleza o le dan forma como función pública: por una parte, puede referirse a las *instituciones* o normas regulatorias, es decir, al producto de la función, de modo que interesa conocer la lógica y la eficacia de dichas normas como solución a problemas de mercado. Por otra parte, la regulación también puede abordarse a partir de quienes ejercen la función, o sea, los *organismos* que proporcionan una estructura a las relaciones de los individuos y definen, ejecutan o vigilan las normas.

La importancia de esta distinción radica en la mutua determinación de ambos elementos. En primer lugar, los organismos u organizaciones toman forma en función de los limitantes provenientes tanto de las particularidades de su conformación y funcionamiento, como de las instituciones que son su razón de ser, lo cual determina las oportunidades potenciales de maximización de sus objetivos, expresados en logros en regulación (North, 1993). En segundo lugar, las instituciones son producidas por las organizaciones, pues éstas tienen la capacidad de dominar su entorno a través de la emisión normativa, por medio de la cual deciden cuántas y cuáles relaciones de las entidades sujetas a regulación quieren afectar (positiva o negativamente); poseen poder de recompensar, incentivar o castigar; además, tienen el poder de reducir (aumentar) la incertidumbre, garantizando estabilidad (provocando inestabilidad) y manteniendo las relaciones de intercambio entre agentes en determinadas condiciones (Mitnick, 1989: 29).

En este orden de ideas, la regulación implica un proceso llevado a cabo por los organismos reguladores, proceso que comprende el diseño y generación de normas, así como la adopción de medidas que garanticen su efectiva aplicación, de lo cual es posible distinguir la tarea normativa de la labor de fiscalización y control, respectivamente (Ferreiro, 2000). Ahora bien, la teoría económica de la regulación identifica fallas en el ejercicio de dicha función (Musgrove, 1996; Prever y Harding,

2000). Un primer problema se hace evidente al considerar las relaciones subyacentes en los organismos reguladores, en donde existe confrontación de intereses entre sus funcionarios y los objetivos de la regulación, lo cual genera circunstancias propicias para la generación de conflictos de poder que debilitan o desvían esta función en cuanto a sus objetivos principales y conducen a la *captura de intereses* por parte de las entidades reguladas más influyentes, o de los mismos ejecutores de la regulación. De este modo, la captura ante los intereses particulares genera la desviación de las decisiones del sector público hacia decisiones no eficientes en función de las consecuencias distributivas que tengan, con el fin de favorecer los intereses dominantes de los grupos más influyentes en el proceso de decisión (Mitnick, 1989: 222).

La segunda falla de la regulación se asocia con *problemas de información*. Las estrategias ideadas para llevar a cabo los objetivos finales demuestran poca eficacia en su aplicación, o ellas no son las mejores para cumplir con las metas trazadas, debido principalmente a la ausencia o insuficiencia de información sobre los efectos de las medidas adoptadas, las cuales en ocasiones pueden generar ineficiencias mayores a las que tratan de evitar o corregir. Adicionalmente, pueden presentarse asimetrías de información entre el regulador y los regulados, de modo que el primero no tiene elementos suficientes para conocer la realidad de las actividades que se regulan y, por tanto, sus decisiones pueden ir en contravía de las necesidades sociales y, más bien, pueden estar influenciadas o favorecer a los segundos, reforzando así la captura de intereses.

El tercer problema de la regulación se refiere a la *inconsistencia de las decisiones*. Como los gobiernos actúan en un escenario de corto plazo, normalmente definido entre los períodos de elección, puede predominar la búsqueda de una eficiencia estática que resulte incompatible con una eficiencia dinámica (Mitnick, 1989). Además, si la regulación está regida por organismos en los cuales media la votación para la definición de las normas, pueden presentarse las inconsistencias derivadas de la paradoja del voto, con inestabilidad en la toma de decisiones (Arrow, 1963).

A partir de este marco conceptual, el análisis sobre la regulación en salud toma como referente el Informe de la Organización Mundial de la Salud –OMS- del año 2000 (WHO, 2000), el cual se ocupa del desempeño de los sistemas de salud en el mundo e identifica cuatro funciones esenciales que éstos deben cumplir: *rectoría, provisión de servicios, generación de recursos y financiación*. La primera función es especial por la influencia que tiene sobre las otras, puesto que, tal como la aborda la OMS, reúne aspectos que van más allá de la simple reglamentación, involucra a todos los sectores de la sociedad y comprende las tareas propias de la dirección de la política de salud para influir fuertemente en todas las funciones del sistema, de manera que posibilite el logro del fin último de éste: alcanzar las mejores condiciones de salud en la población.

Retomando la definición de regulación de Mitnick, podría considerarse la función de rectoría como equivalente a la de regulación, aunque entre ellas existen diferencias conceptuales. La OMS ha definido la rectoría como “el manejo cuidadoso y responsable del bienestar de la población”, función liderada por una autoridad nacional –el Ministerio de Salud-, pero que involucra como gestores de ésta a todos los actores que participan en el sistema, dándoles una caracterización de cuidado y responsabilidad que se desliga de sus intereses particulares y encuentra motivación en el compromiso colectivo (Travis et al, 2002).

En las motivaciones de los ejecutores de la rectoría y la regulación radica una diferencia fundamental. Al rector lo motiva el interés colectivo y, por tanto, utiliza su poder para lograr el buen desempeño del sistema, su desarrollo adecuado y el mejoramiento continuo; en contraste, el regulador es

impulsado por el instinto económico que se traduce en individualismo y sus acciones tratan también de maximizar su propio interés<sup>1</sup>. En este contexto, las fallas de la rectoría y de la regulación, aunque se manifiestan de igual manera, tienen origen diferente: en la rectoría se dan independientemente de la voluntad del rector, mientras en el caso de la regulación nacen de la búsqueda que el regulador hace de sus intereses (Armstrong, 1997; Finkelstein y Hambrick, 1996; Mckee, 2001; Murray y Frenk, 2000).

Se identifican tres fallas en el desempeño de la rectoría (WHO, 2000): la *miopía*, la cual se manifiesta como la falta de políticas de largo plazo que sirvan para definir prioridades y formar expectativas sobre el papel que deben desempeñar los diferentes actores del sistema; la *carencia de estrategias* que incentiven la participación de los agentes en el sistema en una dirección determinada, propendiendo en cambio por la emisión de normas y reglamentos que generan resistencia al cumplimiento y en ocasiones no garantizan el buen desempeño del sistema; y la *falta o no utilización de mecanismos de presión* para obligar a todos los agentes a cumplir sus compromisos.

Para examinar la relación de la rectoría con las demás funciones del sistema, se considera primero que *la provisión de servicios* requiere la función rectora para tomar las decisiones correctas acerca de qué servicios proveer, a quién entregarlos y cómo racionarlos, dado que elecciones equivocadas al respecto podrían dejar a la población sin las intervenciones que precisan. El papel de la rectoría en la función de *generación de recursos*, se enmarca en asegurar la calidad y brindar confianza en la preparación de los recursos humanos, organizar el mercado en un ambiente de transparencia competitiva para el suministro de medicamentos, equipos médicos especializados e infraestructura requerida en la producción de servicios, puesto que gran parte de estas actividades son realizadas en el sector privado y su forma de producción impone barreras de entrada al mercado en forma de patentes y licencias y grandes inversiones de capital a largo plazo.

En cuanto a la función de *financiamiento*, la rectoría interviene para eliminar o reducir las barreras económicas que impiden el acceso de los individuos a los servicios de salud, organizando en especial la disponibilidad de los fondos financieros y la generación de incentivos para los proveedores. En esta función se diferencian tres elementos: las fuentes de ingresos, su acopio y administración, y las compras de servicios. Se espera, entonces, la suficiente recolección de fondos para el sostenimiento de los gastos en servicios de salud que provengan cada vez más de la modalidad de prepago en sustitución del pago de bolsillo; una administración que diluya el riesgo individual entre el conjunto poblacional; y un sistema de compras estratégicas que involucre una continua investigación para maximizar el desempeño del sistema de salud, decidiendo qué debe comprarse, cómo y a quién, respectivamente.

En esta concepción, la función de rectoría recae de manera especial en el gobierno, quien debe tratar que sea visible en los distintos niveles del sistema y generar los mecanismos necesarios para ejercer influencia en todos los agentes. Esto puede verse en el esquema adaptado para el caso colombiano, donde se ilustra la relación descrita entre la rectoría y las demás funciones de un sistema de salud y el logro de sus objetivos.

---

<sup>1</sup> Este contraste parece desafiar la teoría de la elección pública y plantear, al adoptar el concepto de rectoría, la posibilidad de contar con individuos guiados por el bien común y desprovistos del egoísmo. Sin embargo, como se reconoce en la literatura sobre el tema y lo admite también la propia OMS, se trata más bien de una propuesta que no se tiene adoptada en ningún país.

En este documento se considera, en sentido teórico, que la regulación en salud es parte esencial de la rectoría y se utilizan ambos términos sin considerar diferencias entre ellos. El análisis de la función de regulación involucra varios elementos inherentes a los mencionados anteriormente: las identidades (naturalezas) tanto del regulador como de los regulados y de la actividad a regular (generalmente actividades económicas), pues tales características definen la oposición o el apoyo que encuentren las medidas tomadas por la entidad reguladora al momento de su establecimiento y en el diseño mismo de los instrumentos utilizados.

## 1.2 La regulación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

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

Desde el punto de vista micro, esta reforma dio lugar a una nueva organización sectorial basada en los principios de la competencia. El sistema se estructura sobre la base de las cuatro funciones propuestas por la OMS: la *regulación*, en cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo encargado de dictar reglas de mercado para la operación del sistema; el *financiamiento*<sup>2</sup>, en especial mediante el Fosyga que reúne las cotizaciones y algunos recursos fiscales destinados principalmente al régimen subsidiado; la *administración* del seguro, para lo cual se impulsó un mercado regulado a partir de la desintegración vertical del Instituto de Seguros Sociales –ISS–; y la *prestación de servicios*, en cuyo mercado se produjeron transformaciones importantes, impulsadas por los requerimientos de la nueva administración que llevaron a una ampliación de la oferta privada y a un reacomodo de la oferta pública.

El marco general sobre el cual opera el sistema, visto en términos de la relación entre agentes y funciones, está determinado por tres variables fundamentales que son reguladas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: el POS, referido al *producto homogéneo* o plan único de salud que deben ofrecer las EPS a sus afiliados y que se expresa en un listado de servicios, medicamentos y procedimientos; la UPC, la cual consiste en el *precio o prima* que se reconoce a estas entidades para cubrir el valor del POS, incluyendo los gastos de administración del mismo; y el esquema de pagos compartidos, referido a los aportes que deben realizar los usuarios al momento de recibir atención en salud, como *deducibles o coseguos*, lo cual apunta a contener el riesgo moral y contribuir a financiar el POS.

Los beneficios otorgados a los afiliados al sistema, el POS, se ven complementados con dos planes adicionales. Por una parte, el plan de atención básica –PAB– reúne acciones y programas de salud pública dirigidos especialmente a la colectividad y, en forma prioritaria, actividades sobre la vigilancia y el control de ciertas enfermedades, de modo que se trata de un bien público financiado

---

<sup>2</sup> La función de financiamiento, a la luz de la definición de la OMS, tampoco se cumple de manera completa. En el caso colombiano, el Fosyga concentra los recursos para financiar el seguro público de salud, aunque en el régimen subsidiado no supera el 40% del monto total destinado a dicho régimen; además, la compra se concreta solamente en la entrega de la capitación a las EPS y son éstas las que ejercen esta función en el mercado.

con recursos fiscales y provisto por el Estado a través de los municipios<sup>3</sup>. Por otra parte, se establece la posibilidad de que los usuarios negocien con su EPS el suministro de servicios o comodidades adicionales al POS, mediante los denominados planes complementarios que reúnen características de bienes privados.

Este diseño del sistema colombiano tiene en cuenta recomendaciones teóricas y ofrece propuestas novedosas para modernizar los sistemas de salud y buscar armonía en el alcance de propósitos como equidad y eficiencia. Sin embargo, al mismo tiempo, la combinación de lo macro y lo micro en la reforma colombiana merece discutir la consistencia de esta relación y las posibilidades de alcanzar las metas previstas para el sistema bajo dicho esquema, ya que mientras en lo macro se plantean principios de corte socialdemócrata, mediante la búsqueda de cobertura universal del plan de beneficios que resulta relativamente amplio y es financiado de manera solidaria, a nivel micro se promueven principios de tipo neoliberal, como el énfasis puesto sobre la demanda de los servicios, la competencia y ciertos criterios de rentabilidad y eficiencia. En otras palabras, existe una tensión entre la búsqueda de la universalidad y la solidaridad, por una parte, y la búsqueda de la eficiencia, por la otra, de modo que los componentes que tiene la salud como bien meritario y como bien público pueden verse contrapuestos con el propósito de la eficiencia y, al final, la sociedad alcanza un suministro insuficiente de servicios y de producción de salud.

El hecho más destacado que ofrece la reforma colombiana se refiere al intento por universalizar la cobertura del seguro, con lo cual se estaría protegiendo a los hogares de pérdidas financieras, además de dar señales a los proveedores sobre el pago de sus prestaciones, promoviendo así el desarrollo de una oferta de servicios que responda a la demanda de la población. Pero además de buscar que todas las personas reciban los beneficios del seguro, manteniendo el monopolio en el financiamiento como garantía para la solidaridad, en el caso colombiano se introduce la competencia en el aseguramiento o administración del seguro mediante las EPS. Estos agentes, en teoría, servirían para equilibrar el diferencial de información entre proveedores y consumidores, de modo que el riesgo moral de los primeros estaría controlado por un comprador colectivo o *sponsor* (Enthoven, 1993) que por delegación del Estado manejaría el plan de salud de los afiliados<sup>4</sup>.

De manera consistente con el propósito de universalidad, el sistema plantea cuestiones importantes sobre la problemática del seguro. La selección adversa es enfrentada mediante varios mecanismos que ofrecen señales positivas a los aseguradores, destacándose el reconocimiento diferenciado de la UPC, de manera que esta variable se ajusta según el riesgo del afiliado por edad, género y ubicación geográfica. También se cuenta con el pago de las licencias de enfermedad y maternidad con recursos adicionales a la UPC, la exigencia de unos períodos mínimos de cotización para brindar plena cobertura del POS, y la cobertura de riesgos adicionales a través de otros seguros también obligatorios (riesgos profesionales, accidentes de tránsito y eventos catastróficos).

Al tiempo que se intenta contener la selección adversa, la reforma también define algunos mecanismos para proteger al consumidor y evitar la selección de riesgos. Como contrapartida de la

---

<sup>3</sup> El suministro del PAB fue planteado en el contexto de la descentralización (Ley 60 de 1993) que fue promovida de manera simultánea con la reforma a la seguridad social. Los municipios emprendieron reformas en su interior para dirigir la salud en su jurisdicción y, de manera especial, propiciar la autonomía de los hospitales públicos.

<sup>4</sup> Existe una discusión interesante sobre la aplicación que tiene en Colombia el modelo de *managed competition* de Enthoven y el *pluralismo estructurado* propuesto por Julio Frenk y Juan Luis Londoño. Sobre el particular, puede consultarse el trabajo de Mauricio Restrepo (2000).



UPC, se define el POS como un plan de beneficios único e igual para todos, y en ambos regímenes se prohíbe la aplicación de preexistencias y exclusiones, aunque en el régimen contributivo se definen unos períodos mínimos de cotización para recibir ciertas atenciones costosas; además, se obliga a las EPS a que mantengan dentro de sus afiliados una participación mínima de mujeres entre 15 y 44 años y personas mayores de 60 años.

Los problemas de riesgo moral también son contemplados en la reforma colombiana. Por el lado de los usuarios, el pago de cuotas moderadoras al momento de recibir atenciones ambulatorias, en el caso del régimen contributivo, opera como un deducible del seguro de salud; además, aunque en parte fue planteado como un recurso adicional para financiar el POS de los beneficiarios del cotizante, en los regímenes se realiza el cobro de un porcentaje de la tarifa (copago) correspondiente a los servicios de hospitalización, cirugía y procedimientos. Por el lado de los prestadores, el sistema genera incentivos para que las EPS practiquen auditorías médicas y definan mecanismos de pago que apunten a compartir el riesgo con ellos.

En cuanto a la oferta de servicios, la reforma parece no ocuparse directamente de ella y deja que a través de las EPS se generen mecanismos de contención de costos y racionalidad en la producción. Llama la atención este punto al desconocer la necesidad de regular aspectos de tecnología y desarrollo de la infraestructura física y recursos humanos. En particular, por el tamaño o la delimitación de los mercados, en salud se enfrentan situaciones de monopolios naturales, como puede darse en el caso de la oferta hospitalaria en municipios medianos y pequeños, al igual que prestaciones con alta tecnología en las ciudades; los monopolios bilaterales, que también pueden existir en los mismos, al contar solamente con un asegurador y un prestador; y los mercados incompletos, en particular al no garantizar la afiliación de población de ciertas zonas del país en las que no se desarrolla la oferta, así como de personas con baja estabilidad laboral.

Por último, un aspecto crítico se refiere al suministro adecuado de bienes públicos. Por un lado, se tiene la separación de su oferta en dos planes de beneficios, cuya delimitación puede no ser muy clara; concretamente, mientras se reconoce el carácter de bien público del PAB, en el POS se incluyen actividades de promoción y prevención y otros bienes con altas externalidades cuyo suministro quedaría en manos de agentes privados sin los incentivos suficientes para invertir en ellas. Por otro lado, ambos planes fueron sometidos a la competencia, en el primer caso al descentralizarlo en los municipios y, en el segundo, al dejarlo en manos de EPS, lo que puede provocar un cierto comportamiento de *free riders* entre los responsables de su provisión, además de perderse economías de escala en la producción.

## 2. Metodología

La investigación es de tipo exploratorio y analítico, centrada en el análisis documental y la recolección de alguna información primaria, en especial mediante una encuesta y varias entrevistas y consultas. Siguiendo el marco teórico, el estudio se adelantó en dos niveles: uno de estructura y otro funcional (Ver anexo 1).

**Nivel de estructura:** Estuvo referido al análisis de los reguladores, en especial el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por su peculiaridad en el mundo, sobre los cuales se estudió su conformación, objetivos, alcances de sus decisiones y funcionamiento. El análisis se basó en la revisión de fuentes secundarias, entre ellas la legislación (Ley 100 y normas reglamentarias sobre reglamentos internos); estudios nacionales sobre el tema, entre los que se destacan el de Bitrán,

Econometría y Esap (2002) y el de Gómez, Sánchez y Ramírez (2003); los informes oficiales sobre la evolución de la reforma; y varias entrevistas y consultas a expertos (Ver anexo 2). Adicionalmente, se realizó una aproximación a las estructuras de regulación del sector salud en el mundo, con el fin de desarrollar un marco de comparación del sistema colombiano en ese contexto.

**Nivel funcional:** Se abordó el marco regulatorio, para lo cual se tuvieron en cuenta las normas. Adicionalmente, se analizaron los logros y las barreras que han tenido los reguladores, identificando los fallos de la regulación y el cumplimiento de los objetivos; para esto, de manera complementaria a las fuentes señaladas en el nivel anterior, se diseñó y aplicó una encuesta, mediante correo electrónico, a los agentes que participan en el sistema y son objeto de la regulación (aseguradores, prestadores y directores territoriales de salud; Ver anexo 3); por último, se efectuaron entrevistas estructuradas a personas que participan o hayan participado como miembros de estos organismos (Ver anexo 2).

### 3. Resultados

#### 3.1 El contenido de la regulación en el sistema de salud colombiano

##### 3.1.1 Variables macro para el desempeño del sistema

Como se mencionó anteriormente, existen tres variables claves que marcan la dinámica del sistema en términos de competencia regulada: en primer lugar la UPC, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, es un punto de referencia importante para la negociación entre EPS e IPS, constituyéndose en un incentivo para que las primeras administren los recursos con criterios de racionalidad económica. Esto implica, en términos teóricos, que las EPS se preocupen por la salud de sus afiliados para contener el gasto futuro, de modo que la prevención y la promoción, en términos más genéricos la inversión en salud, son respuestas claras para buscar la rentabilidad de la UPC; además, también implica gestionar la atención en salud con prácticas médicas o tecnologías de bajo costo. Sin embargo, de manera crítica, un esquema de capitación también puede inducir un deterioro en la calidad de los servicios y, lo más preocupante, una atención insuficiente frente a las necesidades de la población.

Los hechos que revelan el comportamiento de la UPC<sup>5</sup>, desde cuando inició este mecanismo en 1995, enseñan que su determinación anual parece obedecer más a razones financieras que están marcadas por el cuidado del equilibrio del sistema, de modo que en lugar de establecer un monto que responda a los costos del POS, se produce una actualización de la UPC que más bien reconoce la dinámica de los ingresos del Fosyga, por lo que el incremento del salario mínimo, como indicador del comportamiento de las cotizaciones, ha sido un parámetro clave para orientar tal actualización anual, en especial en el caso del régimen contributivo y cuando éste presenta saldos positivos en su equilibrio financiero. Esto implica suponer que en lugar de regular los precios de los servicios a partir de los costos reales o de alguna estimación sobre los costos de eficiencia, se determina una UPC que garantice el equilibrio financiero y ésta se convierte, entonces, en una señal para el mercado, con ajustes en la estructura de costos a nivel de los prestadores y de la calidad de los servicios.

---

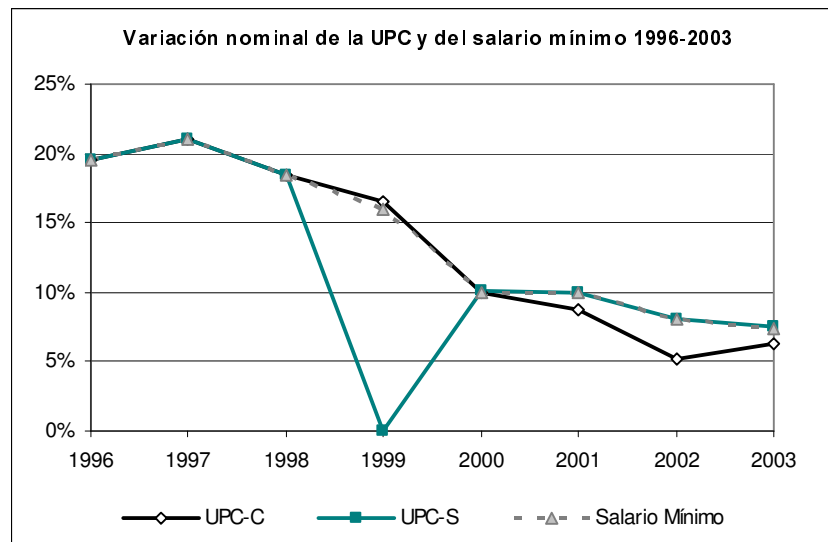
<sup>5</sup> Los parámetros establecidos en la Ley 100, para la definición periódica de la UPC, son los siguientes: perfil epidemiológico, riesgos cubiertos y costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería (Ley 100, art. 182).

En el caso del régimen subsidiado, desde 1999 ha adquirido mayor importancia el equilibrio entre la UPC y el valor del POS, y fue así como en ese año no se determinó incremento por considerar que los recursos eran suficientes para mantener la prestación de servicios, mientras que entre 2001 y 2003 ha existido un reconocimiento sobre el desequilibrio entre ambas variables, lo que parece explicarse especialmente por el comportamiento creciente de la utilización de servicios, destacándose la preocupación sobre las atenciones de alto costo.

Al comparar el comportamiento nominal de la UPC del régimen contributivo y el del salario mínimo se encuentra, efectivamente, que entre 1995 y 2000 ambas variables tuvieron prácticamente el mismo crecimiento, con una ligera ventaja de la primera sobre la segunda; sin embargo, a partir de 2001, de manera coincidente con la crisis del equilibrio financiero del régimen, la UPC crece por debajo del salario mínimo y se distancia de éste en cerca de cinco puntos porcentuales<sup>6</sup>. Por su parte, la UPC del régimen subsidiado sigue la trayectoria del salario mínimo en todo el período, con la excepción del año 1999 cuando no tuvo crecimiento.

Ahora, al aproximarse al comportamiento real de la UPC, considerando por una parte el índice de precios al consumidor como medida de la inflación general, en el caso del régimen contributivo se tiene un crecimiento real de 10% durante el período 1995-2002, aunque en este último año la UPC creció por debajo de la inflación. En cambio, en el régimen subsidiado se tiene una UPC con una leve disminución, de 2% real. Por otra parte, si esta comparación se hace con el índice de precios al consumidor de salud, la situación es bien diferente y es así como para el mismo período se tuvo una caída real de 9.2% en el régimen contributivo y de 19% en el régimen subsidiado (Ver gráfico 1)<sup>7</sup>.

**Gráfico 1:**



Fuente: Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, Acuerdos del Consejo; Banco de la República, Estadísticas monetarias y financieras; Dane, IPC; cálculos propios

<sup>6</sup> El intento por conservar el equilibrio financiero en el régimen contributivo implicó dos medidas esenciales en el año 2002: un crecimiento nominal de la UPC de solo 4%, frente a una inflación general cercana al 7%, y una reducción de los recursos destinados a la cuenta de promoción y prevención (de 0.5% a 0.16% del ingreso de cotización).

<sup>7</sup> El rango de variación tan amplio, de cerca de 20 puntos porcentuales para la UPC de cada régimen, puede ser reducido y más ajustado a la realidad mediante la construcción de un índice de precios de los bienes y servicios contenidos en el POS, ya que en esta canasta y la correspondiente al IPC salud existen diferencias importantes.

En segundo lugar, el POS corresponde a la cantidad de servicios médico-quirúrgicos y de medicamentos esenciales que las aseguradoras están obligadas a garantizar a sus afiliados, lo cual implica un desarrollo técnico en términos de protocolos de atención y estándares de calidad. La constitución de este POS obedece al interés del sistema por generar protección integral a toda la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en la cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia definida por la Ley.

Los contenidos de este paquete de beneficios fueron establecidos, originalmente, de manera diferencial para cada régimen, es decir, se definió un POS contributivo y uno subsidiado, en donde el segundo arrancarían con un contenido equivalente a un 50% del primero y se aproximaría a éste de manera gradual hasta lograr la convergencia en el año 2001. Sin embargo, aún cuando a inicios de 1995 se hicieron intentos por acelerar el proceso de igualación entre ambos planes de beneficios, su definición y la recomendación de incrementar la cobertura en servicios del paquete subsidiado se ha encontrado supeditada al crecimiento de la UPC-S con la cual se financia y a la viabilidad financiera que apruebe el Ministerio de Hacienda, razón por la cual tal igualación aún no se ha logrado.

Por su parte, la introducción en el POS de nuevos procedimientos o tecnologías de tratamiento ha respondido principalmente a la comprobación de que esta inclusión no producirá un desequilibrio financiero respecto a los recursos de la UPC, lo cual ha generado también trastornos sobre la intención de ampliar el plan subsidiado. Es tal la dependencia que tiene el POS del valor de la UPC y la ausencia de información que permita hacer estudios técnicos, que este plan no se ha actualizado desde que se implementó la Ley 100 y lo que se ha presentado han sido algunos ajustes en los medicamentos y ajustes puntuales mediante la inclusión de tecnologías específicas. El temor de ciertos sectores y el de los mismos usuarios es que por conservar el equilibrio financiero del sistema, la revisión del POS se convierta en su reducción.

Adicionalmente, las acciones de tutela, por medio de las cuales los ciudadanos buscan la defensa y protección del derecho a la salud, se han venido convirtiendo en un factor de alerta que estaría apoyando la hipótesis de la existencia, por una parte, de vacíos y debilidades en los contenidos del POS y, por la otra, en la ausencia de reglamentación clara, lo que estaría obligando a los usuarios a exigir la prestación de servicios o la autorización de medicamentos mediante este mecanismo.

Y en tercer lugar, como recurso complementario para que las aseguradoras financien el POS, los afiliados y beneficiarios del sistema están sujetos a pagos compartidos, cuotas moderadoras y deducibles que deberán cancelar al momento de recibir los servicios de salud. La aplicación de estas cuotas moderadoras y copagos deben respetar los principios de equidad, información del usuario, aplicación general y no simultaneidad en los pagos; y se realiza teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Estos pagos se constituyen en un mecanismo para racionalizar el uso de los servicios del sistema y tratar así de contener el riesgo moral por parte de los afiliados, siempre y cuando estos no lleguen a convertirse en una barrera al acceso; además, es una variable que permite un margen de competencia entre aseguradoras.

Además de estas tres funciones en materia de regulación, el Consejo también tiene a su cargo la definición del monto de la cotización de los afiliados al régimen contributivo, según los límites establecidos en la Ley 100; la definición de los criterios generales de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado; la definición del régimen que deben seguir las EPS para el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad; el establecimiento de

medidas para evitar la selección adversa de usuarios y la distribución inequitativa de los costos de atención; la recomendación al Gobierno sobre las tarifas de los servicios correspondientes a eventos catastróficos, accidentes de tránsito y atención inicial de urgencias; y la reglamentación de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud.

### **3.1.2 Variables micro para la participación de agentes en los mercados de salud**

Además de las variables de tipo macro, referidas de manera general a precio y cantidad de los servicios que hacen parte del seguro de salud, los agentes que participan en el sistema están sometidos a reglas o normas específicas que regulan su actividad en particular. Aunque una mirada integral involucra una multiplicidad de agentes y sectores, así como un número amplio de regulaciones, a continuación se presentan los aspectos más específicos, desde la perspectiva de la regulación en salud, de los mercados de aseguramiento (EPS) y de prestación de servicios (IPS).

#### **- La regulación en el aseguramiento (EPS y ARS):**

Las EPS, las cuales pueden ser de naturaleza privada, pública o mixta, son firmas que se encargan de la afiliación, el registro de los afiliados del régimen contributivo y el recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fosyga. En el caso del régimen subsidiado (ARS), administran la afiliación de la población del régimen y sus ingresos provienen de la contratación con municipios y departamentos, de modo que las afiliaciones son colectivas y no existe una relación directa con el Fosyga. En ambos casos se debe garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS a los afiliados.

Las normas específicas de las EPS, como administradoras del seguro de salud, se refieren a las condiciones para su ingreso, sus operaciones en términos de seguridad y estabilidad, la cobertura y su relación con los usuarios. Para ingresar al mercado, se necesita la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud, organismo ante el cual debe acreditarse el cumplimiento de requisitos como: un estudio de factibilidad que establezca la viabilidad financiera de la entidad; un capital o fondo social no inferior a 10,000 salarios mínimos mensuales; una separación de cuentas entre el patrimonio destinado a la actividad de la EPS y el patrimonio que tenga por objeto la prestación del servicio; un listado preliminar de las IPS, grupos de práctica establecidos como tales y profesionales a través de los cuales se organiza la prestación del POS.

En cuanto a su permanencia en el mercado y el ejercicio de operaciones, en el régimen contributivo es necesario acreditar un mínimo de 20,000 afiliados el primer año y de 50,000 en el segundo; en el caso del régimen subsidiado, en un comienzo se autorizó la permanencia con 5,000 afiliados hasta el tercer año y 50,000 a partir de éste, pero en 2001 se amplió este mínimo a 200,000 afiliados. Además, si el capital disminuye por debajo del límite mínimo, la Superintendencia puede pedir explicaciones al respecto y ordenar cubrir el faltante en un término no superior a seis meses. Por otra parte, deben constituir una reserva legal equivalente al 50% del capital suscrito, la cual se formará con el 10% de las utilidades líquidas de cada ejercicio y tiene como destinación específica el pago de las pérdidas sociales cuando las reservas destinadas a tal propósito son insuficientes. Teniendo en cuenta que la ley solo exige que la reserva llegue hasta el 50% del capital, toda suma que supere este porcentaje podrá capitalizarse.

Las EPS deben tener un margen de solvencia que les permita responder por las obligaciones adquiridas con terceros, en particular los proveedores. Este margen se traduce en la capacidad de pago para cancelar, en un término no superior a un mes, las obligaciones adquiridas. Si este término

es superado, no podrán realizar nuevas afiliaciones ni continuar con actividades tendientes a obtener nuevas afiliaciones o traslado de afiliados, comprar o arrendar con opción de compra bienes inmuebles e inversiones y, por último, utilizar el flujo de ingresos que se originen de la UPC para pagar obligaciones provenientes de la amortización de inversiones en infraestructura asistencial o administrativa.

En cuanto a los afiliados, las EPS están obligadas a conservar una participación porcentual en su población de personas consideradas como vulnerables: mayores de 60 años (5%), mujeres entre 15 y 44 años (20%). Los beneficios del POS comienzan a ser efectivos cuando el cotizante realiza el primer pago de la cotización, pero la afiliación se entiende efectiva desde el día siguiente en que se inicie la relación laboral, siempre y cuando se entregue a la EPS el formulario de afiliación. Sin embargo, la cobertura durante los primeros treinta días solamente será en servicios de urgencias, y los otros servicios que el POS ofrece solo se brindarán treinta días después si se ha hecho el pago de la cotización respectiva.

Para tener derecho a cambiar de EPS en el régimen contributivo, el usuario deberá permanecer como mínimo 24 meses en la misma EPS. El traslado de EPS se hace efectivo a partir del primer día hábil del mes subsiguiente a la fecha de presentación de la solicitud., la EPS de la cual se retira el usuario prestará sus respectivos servicios hasta el día anterior a aquel en que surgen las obligaciones para la nueva EPS o sea, hasta el día anterior del mes subsiguiente.

Están prohibidas todas las prácticas de competencia desleal, como ofrecer estímulos al usuario para cambiar de EPS (tratamientos anticipados o especiales, bonificaciones o pagos de cualquier naturaleza). También están prohibidas preexistencias, de modo que no pueden utilizarse mecanismos de afiliación que discriminan a cualquier persona por causa de su estado previo, actual o potencial de salud; además, las EPS no pueden terminar unilateralmente los contratos con sus afiliados, ni negar la afiliación a cualquiera que garantiza el pago de su cotización o el subsidio correspondiente, a no ser que haya sido probado que ese usuario ha intentado o ha utilizado los beneficios que ofrece el sistema de mala fe o abusivamente (Ver anexo 4).

**- La regulación en la prestación de servicios (IPS):**

Las IPS son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud<sup>8</sup>. En concreto, son hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros que pueden pertenecer a una EPS o ser independientes de ella. En el primer caso, la IPS tendrá autonomía técnica, financiera y administrativa dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente.

Las IPS tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia y deben suministrar información oportuna, suficiente y cierta a los usuarios mediante la implementación de una línea telefónica abierta con atención permanente 24 horas. También deben evitar el abuso de posición dominante en el sistema. Ellas no pueden hacer alianzas con otras IPS para impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud o la prestación de los mismos y, en este

---

<sup>8</sup> Aunque las normas sobre la prestación de servicios aplican a todas las IPS, se destaca la tutela y ciertas normas técnicas y administrativas diferenciadas para las públicas (Empresas Sociales del Estado). En cierta medida, a través de medidas como la fijación de tarifas para la negociación o la definición de escalas de salarios, se opaca la autonomía administrativa y financiera de estas entidades.

sentido, las entidades territoriales deben acoger dispositivos para garantizar la libre competencia en la afiliación al sistema y en la prestación de los servicios de salud subsidiados.

Toda IPS debe contar con un sistema contable que permita registrar los costos de los servicios ofrecidos, al punto que para poder contratar servicios con las EPS o con las entidades territoriales, según el caso, deben acreditar ineludiblemente la existencia de dicho sistema. Estas entidades no pueden excluir en su atención a los usuarios y para el logro de este cometido existe un comité técnico científico integrado por la EPS del afiliado. Cuando se afecte al afiliado la adecuada prestación de los servicios, por una ineficaz asistencia, él puede reclamar ante este comité en primera instancia y si persiste la inconformidad, un representante de la dirección municipal de salud debe dirimir el asunto.

También es importante destacar que el Ministerio de Salud definió normas de calidad y satisfacción del usuario, estableciendo medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, conforme con las patologías y necesidades de atención del paciente. El control y evaluación de la calidad está a cargo del gobierno nacional, en desarrollo de lo cual éste ha expedido normas relativas a la organización de un sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud que incluye auditorías médicas de obligatoria ejecución en las EPS.

La elección de la IPS por parte de los afiliados está circunscrita al número de éstas que estén adscritas a la EPS donde se encuentren afiliados y es en este sentido que debe entenderse la libre elección, sin perjuicio de los profesionales adscritos o vinculados a la EPS. La Superintendencia Nacional de Salud puede imponer sanciones pecuniarias a las IPS que realicen prácticas discriminatorias frente a la atención médica en relación con los pacientes de las EPS con las que la IPS tenga contrato y de acuerdo con la modalidad del contrato.

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

El personal responsable de la prestación directa de servicios de salud debe contar con el título profesional, universitario, de especialista, tecnólogo, técnico o auxiliar en el área de salud, que los acredite como tales. Las IPS deben cumplir con las condiciones de capacidad tecnológica y científica del sistema único de habilitación para prestadores de servicios de salud y los definidos como tales serán los requisitos esenciales que establezca el Ministerio de Salud. Las entidades departamentales y distritales de salud podrán someter a consideración de este ministerio, propuestas para la aplicación en sus jurisdicciones de condiciones de capacidad tecnológica y científica superiores a las que se establezcan a nivel nacional.

Existe un registro especial de prestadores de servicios de salud, en el cual, por mandato expreso de la Ley 715 de 2001 (art. 56), las entidades departamentales y distritales de salud deberán realizar un proceso de inscripción. Dicho registro es una base de datos del Ministerio de Protección Social y las entidades departamentales y distritales de salud, en el cual se efectúa el registro de las IPS habilitadas.

El gobierno ejerce una tutela sobre las ESE, que en cierta medida opaca la autonomía administrativa y financiera que estas entidades deben tener, porque implica límites a sus actividades si en el ejercicio de la tutela gubernamental se considera que no están acordes con la política general del gobierno en todos sus niveles. Las ESE estarán adscritas a la dirección nacional, departamental, distrital o

municipal correspondiente, según su naturaleza, dependencia territorial y reglamentación vigente sobre la materia (Ver anexo 5).

## 3.2 Los organismos reguladores

### 3.2.1 El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Este Consejo fue creado como organismo de dirección del sistema, mediante el artículo 171 de la Ley 100, y constituye una de las innovaciones más relevantes de la reforma colombiana por su singularidad<sup>9</sup>. Ésta, se refiere al hecho de que, en un contexto internacional, el país fue pionero al plantear un Consejo Nacional que defina el funcionamiento del sistema, aproximándose a un *organismo de regulación sectorial*; además, la Ley 100 asignó al Consejo la *administración del Fosyga*, en el cual se contabilizan recursos que suman un 2.5% del producto interno bruto –PIB-; por último, la singularidad también se manifiesta en el propósito de que la regulación se realice mediante la *concertación* entre los principales agentes o actores que conforman el sistema, lo cual también fue previsto en la Ley 100 (artículo 156).

La creación del Consejo se interpreta como resultado de la economía política de la reforma, lo cual corrobora el carácter singular del organismo. En efecto, “la iniciativa de crear el CNSSS surgió de las asociaciones médicas, siendo casi la única propuesta sindical acogida por el gobierno” (Gómez, Sánchez y Ramírez, 2003:11). Al impulsar una reforma basada en el desarrollo de los mercados de salud y la profundización de la descentralización, el gobierno se enfrentaba a una seria oposición de parte de los trabajadores del sector salud, particularmente del ISS y otras entidades públicas, quienes además parecían concientes de la inminencia de dicha reforma y, por lo tanto, buscaron mantener cierto poder sobre el sector y el desarrollo de la reforma, de modo que si bien este poder se ejercía a través de la junta directiva del ISS, se proponía un modelo similar mirando el Consejo con funciones de junta directiva del nuevo sistema.

La propuesta del Consejo, como una extensión de la junta directiva del ISS, podría verse consistente con el propósito central de la reforma de extender la cobertura de la seguridad social a toda la población. Sin embargo, como se precisó anteriormente, si bien se mantiene el monopolio en el financiamiento y el Consejo asume las funciones de administración del Fosyga, al mismo tiempo se propicia la competencia en el aseguramiento y la prestación de servicios y esto implica una pérdida en materia de dirección del sistema que podría tener repercusiones sobre las condiciones laborales de los empleados de la salud y la calidad de los servicios. Además, como punto crítico desde el punto de vista político, puede argumentarse que el Consejo estaba inspirado en un modelo de seguridad social que fue rebasado por la reforma: “El CNSSS se diseñó pensando en tres actores fundamentales, el gobierno, los empleadores y los usuarios, recreando la situación precedente del aseguramiento “bismarckiano”. Esta repartición resulta anacrónica, distinta al nuevo orden que incluyó la familia, y un plan de salud subsidiado” (Gómez, Sánchez y Ramírez, 2003:14)

Como organismo administrador del Fosyga, al Consejo le corresponde aprobar el presupuesto anual de ingresos y gastos<sup>10</sup>. Esta función ha absorbido el mayor número de Acuerdos, pues de los 246

<sup>9</sup> La singularidad es una hipótesis, formulada en la elaboración del proyecto de investigación, la cual se mantiene luego de una revisión internacional y del intercambio con varios expertos en la materia.

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



aprobados hasta abril de 2003, el 53% correspondió al manejo y definición del Fondo. Sin embargo, al considerar las cuatro cuentas que conforman el Fondo se observan diferencias importantes, pues mientras la de solidaridad ha merecido el 28% de los Acuerdos referentes al Fosyga, la subcuenta de compensación ha contado con el 7%<sup>11</sup>, siendo sobrepasado este último incluso por los Acuerdos que se aprueban sólo para autorizar modificaciones sobre el presupuesto anual, 24%. Adicionalmente, se destaca que del total de Acuerdos que se aprueban referentes a la subcuenta de solidaridad, el 61% han estado encaminados a proveer los recursos suficientes para garantizar la continuidad de la población afiliada al régimen subsidiado, y el 22% para realizar ampliaciones de esta cobertura; lo cual muestra que el principal compromiso del CNSSS.

Otra cuenta que ha presentado una dinámica importante ha sido la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito, con 23% del total de Acuerdos sobre Fosyga, lo cual responde principalmente a necesidades coyunturales que han obligado el redireccionamiento de recursos con el fin solucionar problemas específicos, como atentados terroristas y desastres naturales, al tiempo que se busca fortalecer la red nacional de urgencias. Por último, cuenta de promoción ha representado el 12.4% del total de Acuerdos, dedicándose principalmente a garantizar recursos para desarrollar actividades como jornadas educativas y de vacunación.

Por último, en cuanto al carácter de organismo de concertación, se destaca la siguiente composición del Consejo: primero, con derecho a voz y voto se cuenta con la participación de 14 miembros que representan al gobierno, los agentes aseguradores, los prestadores de servicios, los profesionales de la salud, los empleadores, los empleados y los usuarios del sector rural. En términos porcentuales, el mayor peso en la composición del Consejo se encuentra en el gobierno, con 6 de los 14 miembros (43%), seguido por los representantes empresariales con 5 (36%), y, por último, los representantes de los usuarios que constituyen minoría con 3 miembros (21%) (Ver cuadro 1).

**Cuadro 1:**

Conformación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud		
Representantes del Gobierno	Representantes de empresas	Representantes de usuarios
1) Ministro de Salud, presidente	1) Representante de la pequeña y mediana empresa	1) Representante de los trabajadores
2) Ministro de Trabajo y Seguridad Social o su delegado	2) Representante de gran empresa	2) Representante pensionados
3) Ministro de Hacienda y Crédito Público o su delegado	3) Representante de EPS	3) Representante asociaciones de usuarios de servicios de salud del sector rural
4) Representante departamentos	4) Representante de IPS	
5) Representante municipios	5) Representante de profesionales de la salud (asociación de mayoría)	
6) Representante legal del ISS		
<b>Asesores permanentes</b> Academia Nacional de Medicina Federación Médica Colombiana Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Asociación Colombiana de Hospitales Facultades de Salud Pública	<b>Invitados permanentes</b> Viceministro de Salud* Superintendente de Salud** Delegado del Departamento Nacional de Planeación* Representante de Cajas de Compensación Familiar*** Representante de Empresas Solidarias de Salud***	

Ley 100 de 1993, artículo 171

\*A partir de 1996, Acuerdo 031 del CNSSS. \*\*Acuerdo 001 de 1994 del CNSSS . \*\*\*A partir de 1998, Acuerdo 097 del

Nota: a partir del Decreto 181 de 2000, los invitados pierden su calidad de permanentes, pasando a ser convocados cuando el CNSSS lo requiera.

<sup>11</sup> Cabe destacar que la mayoría de los acuerdos aprobados y que hacen referencia a la subcuenta de compensación, han estado encaminados a responder a fallos de tutela.

Los ocho miembros del Consejo que no son representantes gubernamentales, se seleccionan entre sus organizaciones mayoritarias jurídicamente reconocidas, para un período fijo de dos años que pueden prorrogarse, siguiendo el procedimiento de inscripción de tres candidatos en la Dirección de Seguridad Social del Ministerio de Salud, donde se pone a consideración del gobierno nacional el designio del representante bajo criterios de calidad y experiencia laboral. Entre tanto, los representantes de las entidades departamentales y municipales de salud se escogen de las conferencias de secretarios de salud que realizan estas entidades; los demás representantes gubernamentales pasan a ser miembros del Consejo en cuanto son designados en el cargo público.

La conformación del Consejo permite reiterar cómo este organismo surgió de la negociación que caracterizó la reforma, al tiempo que su evolución registra la implementación de la política en términos del juego entre sus principales actores. En efecto, por un lado, el Consejo resultó ser una expresión del equilibrio de fuerzas que tuvieron a su cargo la discusión de la reforma, y es así como se observa que en su conformación no se le da al ISS la connotación de EPS y a dicha entidad se le toma como parte de la representación gubernamental, mientras los hospitales públicos no quedan con una participación explícita en el Consejo, los usuarios resultan ser minoría y no se da participación a ciertas entidades que fueron previstas para desarrollar el sistema, en particular las ARS. Por otro lado, en un intento por reconocer la participación de otros actores que comenzaron a tener peso especialmente en el desarrollo del régimen subsidiado, a partir de 1998 se quiso invitar a los representantes de las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud.

Los cambios en la conformación del Consejo se han efectuado por el propio organismo, haciendo uso de la facultad que tiene para adoptar su reglamento. Fue así como se dispuso que, además de los miembros permanentes y los asesores, participara un tercer grupo de integrantes, con derecho a voz pero sin voto: los invitados permanentes y ocasionales, quienes son convocados a todas las sesiones o a aquellas donde se considere pertinente su presencia. Aunque la Ley 100 no contempló esta figura, a partir de 1994 (Acuerdo 001) el Superintendente Nacional de Salud aparece como invitado permanente a todas las sesiones del Consejo; luego, en 1996 (Acuerdo 031) se convocan al Viceministro de Salud y un delegado del Departamento Nacional de Planeación; en 1998 (Acuerdo 097) se invita permanentemente un representante de las Cajas de Compensación Familiar y un representante de las Empresas Solidarias de Salud. Además, como invitados ocasionales asisten, a solicitud del Ministro de Salud o de los miembros del Consejo, los funcionarios del Ministerio ó las personas de otras entidades públicas o privadas, para el análisis de algunos temas en particular, además del Ministro de Defensa o su delegado cuando se traten temas relacionados con la seguridad social de los militares.

La participación de los asesores e invitados permanentes en el Consejo es uno de los puntos reglamentarios que ha estado sometido a mayor inestabilidad y ha creado gran controversia. En el momento de creación de estas categorías de miembros se dispuso su asistencia a todas las sesiones del Consejo, pero luego se estipuló que sólo sean convocados cuando, a criterio del Consejo, el tema lo amerite “sin perjuicio de que los asesores del Consejo <...> presten su asesoría en forma verbal o escrita” (Decreto 181 de 2000). Este condicionamiento se modificó en 2002, con el Acuerdo 219, que dispuso nuevamente la participación de los asesores permanentes en todas las reuniones ordinarias y extraordinarias del Consejo, ratificando que los invitados sólo serán convocados cuando el Consejo requiera su participación, quedando así vigente el tema de la conveniencia o no de la invitación ocasional para estos miembros, puesto que por lo menos dos de ellos (representante de las Cajas de

Compensación Familiar, CCF, y de las Empresas Solidarias de Salud, ESS) complementan la representatividad de los administradores del seguro en el régimen subsidiado, ARS.

La dinámica que ha tenido el Consejo, en cuanto a la rotación de sus integrantes, muestra una baja continuidad de los representantes gubernamentales, con la única excepción del representante del Ministerio de Hacienda, lo cual es un indicio de la inestabilidad de los funcionarios del más alto nivel de la administración pública que puede repercutir, a su vez, en la estabilidad de las políticas. En contraste, los representantes de los trabajadores, de las IPS, de los profesionales de área de la salud y de los usuarios del sector rural, han delegado máximo a dos personas entre 1994 y 2000. Además, es notorio que algunas representaciones las han realizado las mismas asociaciones (CUT, ACEMI, ASMEDAS, FENALCO y ANDI).

En esta rotación de los integrantes del Consejo se destaca también un cambio de posición entre representantes de la empresa privada o de los usuarios y representantes del gobierno. Es el caso de María Teresa Forero, quien en 1995 fue representante de las EPS (ACEMI), y a partir de 1996 fue designada Ministra de Salud; así mismo, Nelsy Paredes asistió en calidad de invitada como asesora del Ministerio y luego pasó a ser miembro de ACEMI; de manera similar, David Bersh representó a los usuarios del sector rural y fue Viceministro de Salud en un corto período durante 2001; por último, el caso más reciente es el de Augusto Galán, ex ministro de salud, quien inicia su participación en el Consejo como representante de las IPS y en este caso, por primera vez, ésta se ejerce a partir de la designación de los hospitales públicos.

### **3.2.2 El Ministerio de Salud**

En la estructura organizacional ideada en la Ley 100, el Ministerio de Salud encabeza la jerarquía regulatoria (art.173), formulando y adoptando las políticas, programas y estrategias para el sector. Por una parte, sus responsabilidades engloban el fomento de la descentralización política, administrativa y financiera del sector salud, por medio de apoyo a los niveles territoriales; además, se ocupa de formular y dirigir programas nacionales, encaminados al fomento de la salud pública en todos los aspectos. Por otra parte, sus funciones se centran en procurar el acceso de toda la población a los servicios de salud mediante la promoción de la afiliación (en los dos regímenes) y el esfuerzo por garantizar la viabilidad y estabilidad financiera del Sistema.

En particular, el Ministerio dicta disposiciones de “*entrada y mantenimiento en el mercado*” tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios: normas administrativas que deben seguir los agentes participantes de estas actividades económicas en lo referente a su estructura financiera y técnica y parámetros científicos. En el mismo sentido, establece los parámetros a seguir en los procesos de recolección, transferencia y difusión de la información. Un aspecto adicional de esta agencia lo constituye su participación en el monitoreo permanente sobre la evolución implementación y funcionamiento del SGSSS para efectuar ajustes de políticas en el sector.

En cuanto al financiamiento del sistema, el Ministerio ejerce funciones de planeación, gestión e implementación de políticas, así también adelanta el seguimiento de las metas financieras y de gestión; además, reglamenta el recaudo, el flujo y la utilización de los recursos y, específicamente, se ocupa de la planeación y programación presupuestal del Fosyga —función que correspondía al CNSSS hasta 1996— y la administración y control del fondo (Decreto 1152 de 1999).

El Ministerio de Salud ha pasado por varias transformaciones institucionales para adaptarse a las necesidades de la reforma, incluyendo la descentralización territorial. En este sentido, sus competencias abarcan el apoyo de la descentralización en salud a nivel territorial, la salud pública, los mercados de servicios de salud y de aseguramiento y el aspecto financiero, desde la generación hasta la aplicación de los recursos para la salud.

Dos Decretos se han expedido para reestructurar el Ministerio: el Decreto 1292 de 1994 trata de ajustar el organismo a los nuevos requerimientos, definiendo nuevas funciones en el campo analítico y otras relacionadas con el aseguramiento, la prestación de servicios, el financiamiento y la descentralización<sup>12</sup>. Al respecto, el informe Harvard (1996) identificó varios problemas que se presentan en el desempeño de estas funciones fundamentales; en general, el Ministerio carece de un desarrollo técnico suficiente y no cuenta con metodologías adecuadas para la adquisición de información, la evaluación y la planeación en casi todos los campos, en especial los relacionados con la evaluación de primas y reaseguros, regulación de la calidad y asistencia técnica en la descentralización. Por otra parte, algunas de las funciones no se llevaban a cabo por ninguna dependencia del Ministerio, como la definición de mecanismos para atender a los beneficiarios, evaluación del mercado, planeación de recursos humanos y la evaluación de tecnología de alto costo.

Uno de los problemas institucionales más importantes del Ministerio que hace difícil el sostenimiento de políticas a largo plazo, señalado en el Informe Harvard (1996) y que ya se ha mencionado en este texto, es el alto índice de rotación del personal profesional de más alto nivel y de los funcionarios que están en las posiciones más altas en formulación de políticas y administración, dada la facultad de los ministros para nombrar el personal directivo, lo que proporciona la posibilidad de asignar puestos de trabajo con el fin de mantener la coalición gubernamental.

El otro Decreto que reestructura el Ministerio de Salud (1152 de 1999) dispone un arreglo funcional concentrado en dependencias de análisis y planeación de la política, financiamiento y gestión, aseguramiento, desarrollo de la prestación de servicios de salud y salud pública. Con este nuevo arreglo normativo, se amplían al organismo funciones específicas para asegurar que toda la población acceda a los servicios de salud y se adicionan otras que propenden porque el organismo tenga más injerencia en la planeación de la viabilidad y estabilidad del sistema en términos financieros, así mismo de hacer expresa como función del Ministro crear y crear y organizar comités de consultores y asesores que se requieran para el adecuado alcance y funcionamiento del organismo y para sortear las faltas en cuanto a formación científica y capacidad operativa. Hasta el momento, se cuenta con información sobre los efectos estructurales en cuanto a remoción de las dificultades que enfrentaba el organismo para su buen desempeño, además de que se programan nuevos cambios en el transcurso del nuevo gobierno que propuso fusionar los Ministerios de Salud y de Trabajo y Seguridad Social.

Por último, en el marco del ajuste fiscal y la adopción de un nuevo enfoque sobre protección social, en 2002 se inició la fusión de este Ministerio con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, creando entonces el Ministerio de la Protección Social. En éste se organizan las funciones de salud, en torno al viceministerio de salud y bienestar, así como del viceministerio técnico.

---

<sup>12</sup> Entre las funciones *analíticas* se cuentan: evaluar el mercado, primas y reaseguros, establecer el sistema de información, planear recursos humanos, evaluar y controlar la tecnología de alto costo. Las funciones relacionadas con la *regulación del aseguramiento y la prestación de servicios* incluyen la afiliación, *Regulaciones del aseguramiento y de los paquetes de beneficios*. La *Regulación de proveedores* abarca las instituciones proveedoras, la calidad y la atención de los beneficiarios. Por último, las funciones relacionadas con la *descentralización* consisten en suministrar asistencia técnica

### 3.2.3 La Superintendencia Nacional de Salud

La Superintendencia es un organismo adscrito al Ministerio de Salud, aunque posee autonomía administrativa, personería jurídica y patrimonio independiente. El Superintendente es nombrado por el presidente, generalmente con la asesoría del Ministro de Salud, y sus responsabilidades se centran en la inspección, vigilancia y control de todos los agentes del sistema en lo referente a las relaciones que se establecen entre ellos. La Superintendencia complementa la función de regulación representando el mecanismo de coacción (impone multas y sanciones) para el efectivo cumplimiento de las normas expedidas. Sus competencias (Ley 100, art. 223) abarcan el financiamiento, el aseguramiento, la prestación de servicios y el uso de los mismos por parte de los usuarios. A partir del Decreto 452 de 2000, organiza sus funciones con centro en la relación asegurador-usuario, enfatizando en los flujos, calidad y oportunidad de la información que las EPS y ARS brindan a sus afiliados, el proceso de recaudo de recursos, y vigila el acceso y la evaluación de la calidad de los servicios.

En el aspecto relacionado con los recursos financieros del sector la vigilancia y el control sobre la aplicación de la normatividad existente desde las fuentes de generación de los mismos, pasando por su distribución en los diferentes agentes y finalizando en la aplicación de los mismos. En este sentido sus funciones especifican la vigilancia y el control en la prestación del POS, la adecuada afiliación y el reconocimiento oportuno de los derechos de los usuarios utilizando como herramientas la aplicación de indicadores.

Con el propósito de garantizar la libre elección por parte de los usuarios, la preocupación de esta entidad se concentra también en el operación interna de los aseguradores, mas si se tiene en cuenta que le corresponde la función de autorizar el funcionamiento de EPS y ARS, para lo cual lleva un seguimiento de las condiciones financieras y los estándares de desempeño de los aseguradores de manera que garanticen una adecuada prestación de servicios de aseguramiento y prestación de servicios a los usuarios. Además, se le ha asignado la responsabilidad de atender al usuario desarrollando un sistema de quejas y reclamos donde el usuario pueda acudir para reclamar sus derechos.

Esta entidad también se ha reestructurado dos veces a partir de la reforma: con el Decreto 1259 de 1994 y el 452 de 2000 —éste último se encuentra aún en proceso de aplicación—. A partir de la primera reforma, fueron identificadas serias debilidades en este organismo, muy similares a las del Ministerio de Salud: “un cambio frecuente y rápido del personal de más alto nivel. <...> en julio de 1995 <se> encontró que ocho de los directivos de más alto nivel (directores de áreas y jefes de oficinas) han estado en su cargo por menos de un año y cinco, por menos de seis meses. Solamente uno provenía de la Superintendencia, cuatro de otras instituciones públicas, dos del sector privado y uno tenía experiencia tanto en el sector publico como privado” (Harvard, 1996:164). Según el mismo estudio, la Superintendencia no tiene visión organizacional ni planeación estratégica, y su personal se encuentra mal distribuido, en algunas dependencias hay excesos mientras que en otras áreas falta personal.

La reestructuración, que se encuentra en proceso con la expedición del Decreto 452, sintetiza y generaliza las funciones a cumplir por este organismo, ajustándolo más a los requerimientos del sistema creado: coadyuvar a la operatividad del modelo de competencia regulada para garantizar los derechos y deberes de los usuarios; afianzar la calidad de la atención en salud en lo referente al

aseguramiento y a la prestación de los servicios; propugnar por la adecuada utilización de los recursos y velar así por la estabilidad financiera.

Como se aprecia en el planteamiento de sus funciones generales, la Superintendencia inspecciona, vigila y controla el cumplimiento de las normas expedidas por el Ministerio y el CNSSS, estableciendo como eje central la transparencia de las relaciones establecidas entre las aseguradoras y los usuarios y entre las prestadoras de servicios y los usuarios, protegiendo y atendiendo al usuario así como asegurándole un estándar de calidad en la atención, además de otorgarle confianza mediante el seguimiento del proceso de generación, distribución y aplicación de los flujos financieros de Acuerdo a los lineamientos establecidos centralmente.

## **4. Discusión y conclusiones**

### **4.1 Aspectos generales**

La reforma colombiana al sistema de salud ofrece un diseño que toma en cuenta aspectos teóricos importantes en cuanto a la contención o eliminación de problemas de mercado. El seguro mantuvo el monopolio en el financiamiento, al tiempo que se introdujo la competencia en su administración y la provisión de los servicios, lo que implica bastantes exigencias en materia de regulación para evitar fenómenos como la selección adversa, la selección de riesgos, el riesgo moral y problemas de competencia. Es así como el sistema se estructura sobre la base de variables esencialmente económicas para guiar la operación de estos mercados, en términos del precio del seguro, de su cantidad en cuanto a cobertura de riesgos y de la participación de los afiliados en el pago de los servicios.

Además de estas variables que resultan ejemplares para orientar la competencia regulada, el sistema colombiano también ofrece una serie de regulaciones de carácter micro para permitir el ingreso de los agentes al mercado y garantizar que su permanencia sea compatible con la seguridad y estabilidad del sistema en su conjunto, al tiempo que se busca proteger los intereses del consumidor. Es así como se tiene un número importante de normas sobre condiciones de entrada, en cuanto a capital, tamaño mínimo y oferta de servicios, así como se establecen requisitos para mantenerse en el mercado mediante márgenes de solvencia y estándares de calidad.

Los atractivos que ofrece el contenido de la regulación resultan coherentes con el esquema propuesto en cuanto a los organismos que ejercen dicha función. En especial, la existencia de un Consejo Nacional le otorga al sistema colombiano una particularidad que aproxima el sector salud a las experiencias de otros sectores como energía y telecomunicaciones. Sin embargo, se destaca que la conformación de este Consejo puede resultar contraria a los propósitos del bien común, al estar guiada por la participación de los principales actores del sistema y no por las necesidades del consumidor, además de facilitar la captura de intereses y someter su funcionamiento con desequilibrios en el uso de información, el poder y la influencia.

Estas dificultades del Consejo resultan del hecho de otorgarle tres funciones u objetivos que precisamente pueden no ser compatibles: regulación, administración de recursos y participación social. Es importante, para mejorar el desempeño del sistema e incrementar la estabilidad en las normas y la confianza por parte de los agentes, depurar sus funciones con énfasis en la regulación y, por tanto, modificando su composición para que no esté atada directamente a grupos de interés.

Además, es importante revisar la articulación de este organismo con el Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud y los Consejos Territoriales.

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

Por último, esta mirada sobre la regulación en salud abre un conjunto de hipótesis y temas de investigación para incrementar el conocimiento sobre la materia y, al mismo tiempo, apoyar el ejercicio de la política pública. En el campo de la economía, se abre un amplio espacio para las aplicaciones económicas de la teoría de juegos y la teoría de la información las cuales permitirían desarrollar la modelación de los mecanismos de toma de decisiones por parte del regulador con el objetivo de prever la presencia de problemas como la captura de intereses y riesgo moral en las votaciones, bajo la perspectiva de las relaciones de agencia; el diseño de instrumentos regulatorios, entre otros campos de aplicación: Por su parte, desde el campo del derecho, el desarrollo de doctrina para el sector y la posibilidad de realizar la integración de las principales normas de otras ramas del derecho con la economía y su aplicación en el sector salud del país.

#### **4.2 El CNSSS: un diseño regulatorio que merece revisión**

En términos de los reguladores del sistema la principal novedad, como ya se mencionó, es introducida por el CNSSS; sin embargo, lo que teóricamente era un mecanismo para lograr la concertación en el establecimiento de las normas que regularan el sistema, se ha convertido, con el paso del tiempo, en todo lo contrario. Los integrantes del Consejo son definidos por la Ley 100 (Artículo 171), la idea tras su conformación es mantener la representatividad de todos los sectores que intervienen en el sistema para que éstos, mediante un proceso democrático, participen en el desarrollo de las normas que bajo el nombre de acuerdos son promulgadas y regirán el desempeño del sistema en su conjunto.

La conformación de este Consejo introduce problemas de independencia entre los poderes público y los agentes regulados, de modo que la presencia dentro del organismo regulador de agentes que a la vez son regulados, da cabida a que se presente un juego de grupos de interés, donde cada grupo (aseguradores, prestadores, representantes del gobierno y de los usuarios) tendrá incentivos para buscar rentas; así, en la interacción entre regulados y reguladores podrán terminar siendo favorecidos los grupos de interés con capacidad de generar mayor presión. La posibilidad de que los regulados ejerzan presión en la toma de decisiones genera lo que se denominó antes una captura del regulador (Tobón, 2002).

Esta apreciación teórica coincide con la percepción que tienen los regulados y que han hecho parte, en algún momento, del organismo, quienes concuerdan en que: el CNSSS tiene un desequilibrio en su integración; la parte gubernamental es muy pesada a la hora de tomar decisiones; suele estar sometido a la imposición de temas; los estudios y propuestas técnicas sólo son desarrollados por el Ministerio, lo que da un sesgo gubernamental muy grande a las decisiones; adicionalmente, el ministro tiene poder de veto con el cual muchas veces invalida las decisiones técnicas que se presentan en el Consejo, es decir bajo la perspectiva de los regulados el CNSSS carece de autonomía.

Por el lado de la autonomía, al momento de tomar decisiones y siguiendo a Serafinoff (2003), para quien la autonomía es el ámbito de construcción de espacios de decisión e influencia, con mayores o

menores grados de libertad, donde una mayor libertad de decisión permite que los organismos reguladores puedan cumplir con sus objetivos tal como fueron planeados. Y considerando además, que la autonomía se encuentra principalmente asociada a cuestiones como: el origen del marco regulatorio; el momento en que se pone tal organismo en funcionamiento; la claridad de las normas; la composición del directorio, la designación y remoción de personal jerárquico; el manejo de los recursos; la forma en que se establecen los controles sobre el organismo y la cantidad de empresas reguladas. Así, la forma en que son designados los miembros del organismo regulador se convierte en un elemento que puede desvirtuar el carácter técnico que sus miembros poseen a fin de realizar una administración más eficiente. Los distintos autores concuerdan, en que los miembros de un organismo regulador deberían ser designados y removidos por el legislativo, a fin de que exista un mayor debate y consenso acerca de las capacidades de los funcionarios así como un control más activo de la gestión; además, el esquema de designación de los directores dificulta la funcionalidad y visibilidad de las responsabilidades de cada uno de los miembros (Serafinoff, 2003).

Para el caso del CNSSS colombiano, se presentan problemas de autonomía desde su mecanismo de toma de decisiones, donde la búsqueda de concertación dado el desbalance numérico entre los sectores representados coloca en desventaja a los grupos minoritarios. Pues, teniendo en cuenta que el quórum es el mecanismo para deliberar y decidir, el gobierno lleva la ventaja al contar con seis miembros, seguido por los representantes empresariales con cinco, y por último los usuarios con una minoría de tres miembros. Adicionalmente, existen tres condiciones más que apoyan la superioridad del poder gubernamental en particular, del Ministerio de Salud: en primer lugar, los miembros del Consejo que no son representantes gubernamentales los selecciona el gobierno nacional bajo criterios de calidad que no se definen específicamente en el reglamento (Decreto 851 de 1994), lo cual deja la posibilidad de elección discrecional del gobierno.

En segundo lugar, el Ministro de Salud define la mayoría, en caso de presentarse empate en las votaciones; a lo que se adiciona el requerimiento de al menos dos ministros presentes en las sesiones cuando estas han sido aplazadas por falta de quórum y que tanto el Ministro de Salud como el de Hacienda tienen poder de veto sobre decisiones que impliquen recursos fiscales con efectos macroeconómicos. Por último, aunque el Consejo posee instrumentos definidos por Ley para dirigir el sistema, éstos terminan dependiendo de la autoridad del ejecutivo, puesto que el CNSSS no genera sus propios estudios para sustentar la regulación que expide, en lugar de ello, y como se mencionó antes, depende de los realizados por el Ministerio y, lo que puede ser más crítico, los miembros no cuentan con la adecuada capacidad de evaluación de las propuestas, pues su dedicación a los estudios del sistema es marginal, excepción hecha por los gremios que cuentan con su propio personal técnico para apoyar sus análisis (GES, 2002).

Siguiendo a Serafinoff (2003), otro indicador para observar la autonomía con relación a los regulados, se asocia a que no debería nombrarse para formar parte del regulador a personas relacionadas con los regulados; así como, debería proveerse algún mecanismo que impida que miembros del organismo regulador pasen a ocupar cargos en las empresas del sector regulado inmediatamente después de cumplir sus funciones públicas. En el caso colombiano no existe esta reglamentación, y es por eso, que en los últimos años, algunos miembros del Consejo han representado la empresa privada, los usuarios o el gobierno, en diferentes momentos, fortaleciendo así la posibilidad de presentar captura del regulador.

Adicionalmente, la participación de los usuarios en los organismos reguladores es importante, desde dos puntos de vista: dado que es el principal afectado, y porque fortalece la responsabilidad del



organismo y sus funcionarios ante la sociedad civil, permitiendo que participen en un control horizontal, favoreciendo el debate y una opinión pública autónoma (Serafinoff, 2003). Sin embargo, la horizontalidad del control no implica solo asegurar al consumidor el ejercicio de sus derechos sino, particularmente, asegurarle que, a la hora de las decisiones, su peso va a atener una influencia por lo menos equiparable a la de los demás sectores que son representados en el organismo regulador, los que se pone en duda en el Consejo donde la representación de los usuarios es minoría<sup>13</sup>.

En este aspecto coinciden también los reguladores al afirmar, que la ingerencia de los usuarios en este organismo regulador es inexistente, por ser minoría y por no contar con la información técnica para participar del debate de las normas. Para los regulados, el diseño regulatorio del sistema, y la concepción del Consejo es bonita, pero no funciona en la práctica porque las cargas de poder están desbalanceadas. Pues, si se obviara la participación numérica como una medida para identificar quien tiene el poder, queda otra diferencia entre los integrantes del Consejo como es la capacidad de debatir con información. Bajo esa consideración, gremios como el de las aseguradoras es poderoso porque cuenta con miembros disciplinados, que entregan la información y personal técnico capacitado para dar argumentos sólidos al momento de participar en la discusión; igual sucede con la asociación de prestadores de servicios y más aún con el Ministerio. Por esta vía, si se tiene la información, elementos técnicos para analizarla y consolidarla y se presenta en las sesiones de reunión del Consejo, se puede tener un grado de poder.

Como se señaló antes, la Ley 100 definió también las funciones que debe desarrollar el Consejo, priorizando dentro de éstas las definición del paquete básico, el monto de la cotización, de la Unidad de Pago per cápita –UPC-, el establecimiento de los criterios de selección de población, entre otras; por otra parte, también se asignó la definición de criterios para establecer las tarifas de las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS-, la reglamentación de los Consejos territoriales y funcionar como Consejo administrador del Fosalud; con lo que se insiste en que el CNSSS regula las variables de funcionamiento del mercado. Determinar si este organismo cumple o introduce fallos cuando desarrolla su función como regulador parte de analizar tres aspectos, en este caso, los mecanismos de toma de decisiones y determinación de las reuniones, estabilidad de los miembros que lo componen y la estabilidad de las normas que producen; lo cual, puede ser analizado desde lo que fue diseñado por Ley, como por la percepción de los agentes regulados.

Por el lado de los mecanismos de toma de decisiones, los Acuerdos representan el resultado de la concertación de todos los agentes que hacen parte del organismo; estas decisiones se generan por quórum deliberatorio y decisorio, aplicando en ambos casos la mayoría absoluta (mitad más uno) de los integrantes. Este quórum deliberatorio es de ocho miembros, donde en todo caso debe estar presente el Ministro de Salud; si no hay quórum, se cita a nueva reunión donde se puede sesionar con mínimo seis integrantes, donde como mínimo dos deben ser representantes de los Ministros y otros dos de los demás miembros (Acuerdo 031 y concepto jurídico con radicación 30942 de 2001). Adicionalmente, se debe señalar, que en caso de empate en la deliberación, el Ministro de Salud será quien defina la mayoría (Velandia et al. 2002).

La importancia del aspecto de toma de decisiones se encuentra en que esto puede introducir fallos al verificar, como se señaló en el caso del análisis de la estructura, el poder que puede ejercer el Estado en cabeza de sus Ministros (43% de los representantes); esto podría pensarse como una alta posibilidad de generar coaliciones a la hora de decidir, y en mayor medida considerando que los

---

<sup>13</sup> La participación de los usuarios en la toma de decisiones sobre ciertos temas asociados a la regulación, permitiría aumentar el grado de legitimidad del sistema regulatorio e incrementa el potencial del organismo frente a sus regulados.

temas de mercado se definen con base en los estudios realizados por el Ministerio. En una revisión preliminar de las actas de reunión del Consejo, se verifica que no hay un proceso real de deliberación de los miembros y se verifica que el papel de la rama ejecutiva en la toma de decisiones sobresale respecto a los demás miembros.

Por otro lado, la periodicidad de las reuniones y su plazo anticipado de convocatoria se han modificado con el paso del tiempo. Esto podría señalarse como algo positivo pues, se pasó de reuniones ordinarias que se efectuaban por lo menos cuatro veces año (Acuerdo 001 y 031, a reuniones mensuales (Acuerdo 181 de 2000). Adicionalmente, también se redujeron los períodos de convocatoria a las reuniones pasando de 16 a ocho días, y los plazos de entrega de los documentos de discusión en las sesiones a tres días (excepto cuando el tema a tratar fuese el valor y ajuste de la UPC, el POS y la aprobación de presupuestos del Fosyga, donde los documentos deben enviarse con ocho días de anticipación). No obstante, lo que podría haber sido una intención de generar un debate más continuo, se ha convertido en una barrera, en términos de que, según la misma lectura de las Actas de reunión, los documentos de discusión raramente son entregados a tiempo y cuando lo son, no son leídos por los integrantes del Consejo antes de las sesiones, lo que obliga a hacer una lectura rápida por parte del Secretario del Consejo y en última instancia reduce la capacidad de análisis y debate de quienes deciden.

Además, un aspecto clave para analizar el funcionamiento del regulador es la estabilidad de los miembros que lo componen. Se destaca por ejemplo, que los representantes gubernamentales son los miembros que menos continuidad han tenido en el Consejo, lo cual introduce inestabilidad en la dirección del sistema; en contraste, los representantes de los empleadores, de IPS y de los trabajadores, han delegado a lo máximo a dos personas entre 1994 y 2003. Lo que puede conducir, a que la inestabilidad ministerial da pie a una reducida capacidad del gobierno para realizar una dirección estratégica del sector, lo cual tiene efectos negativos en la transición de las instituciones públicas, genera inestabilidad y falta de credibilidad en las decisiones y genera oportunismo por parte de los agentes que representa cada ministro (Londoño, 1996).

Por último, con relación a la estabilidad e intencionalidad de las normas que produce el regulador, es posible observar que hasta abril de 2003, el Consejo lleva aprobados un total de 246 acuerdos de los cuales se destaca que más del 50% han apuntado a solucionar los problemas del régimen subsidiado en términos de cobertura y financiamiento; y le siguen en importancia los que reglamentan el funcionamiento del régimen contributivo y los que responden a excepciones especiales por razones de orden público, desplazamiento forzado etc. De este modo la mayor parte de lo aprobado, responden al intento del Consejo por solucionar problemas coyunturales, más que a iniciativas reales de consolidar el funcionamiento del sistema. La prioridad de los acuerdos aprobados durante 1997-2003 fue la asignación de recursos, buscando la sostenibilidad financiera del sistema y el aumento de la cobertura. Lo importante a destacar, es que del total de acuerdos aprobados hasta el 2003, sólo el 18% respondían a la función del Consejo de establecer las reglas básicas para el funcionamiento del sistema, y 17% a garantizar la permanencia de las mismas, lo cual indica la actividad casi de tipo coyuntural que cumple, en la cual, la prioridad sigue siendo el mantenimiento de las coberturas en el régimen subsidiado (es decir, seguir las políticas del gobierno) (Restrepo y Rodríguez, 2002).

Los fallos que introduce el funcionamiento del regulador suelen encontrar como primeros afectados a los regulados; es así como estos consideran que el sistema tiene un serio problema de planeación que hace que la oferta y la demanda crezcan libremente; presentándose una gran ausencia de fuerte regulación en la competencia del mercado de aseguramiento. Para los prestadores el gran vacío hoy,

es la inexistencia de un estatuto antimonopolio que proteja a los actores individuales; un Plan Obligatorio de Salud desactualizado especialmente en el listado de medicamentos, el cual no se ajusta al perfil epidemiológico del país; además, no existe regulación sobre el recurso humano en salud, ni sobre la tecnología.

Desde la perspectiva de los regulados, la regulación ha sido fluctuante, episódica y en algunos momentos confusa, profusa y difusa; hay normas que son contradictorias, hay muchas autoridades que están expidiendo constantemente normatividad, hay acuerdos, decretos, resoluciones, circulares los cuales, en algunos casos son demasiados y en otros desconocidos. La justificación que encuentran los regulados a esta situación, apunta hacia los fallos que introduce la conformación pues, consideran que son muchas las entidades que tienen que ver con la regulación y cada una está en un lenguaje y en niveles de poder diferentes.

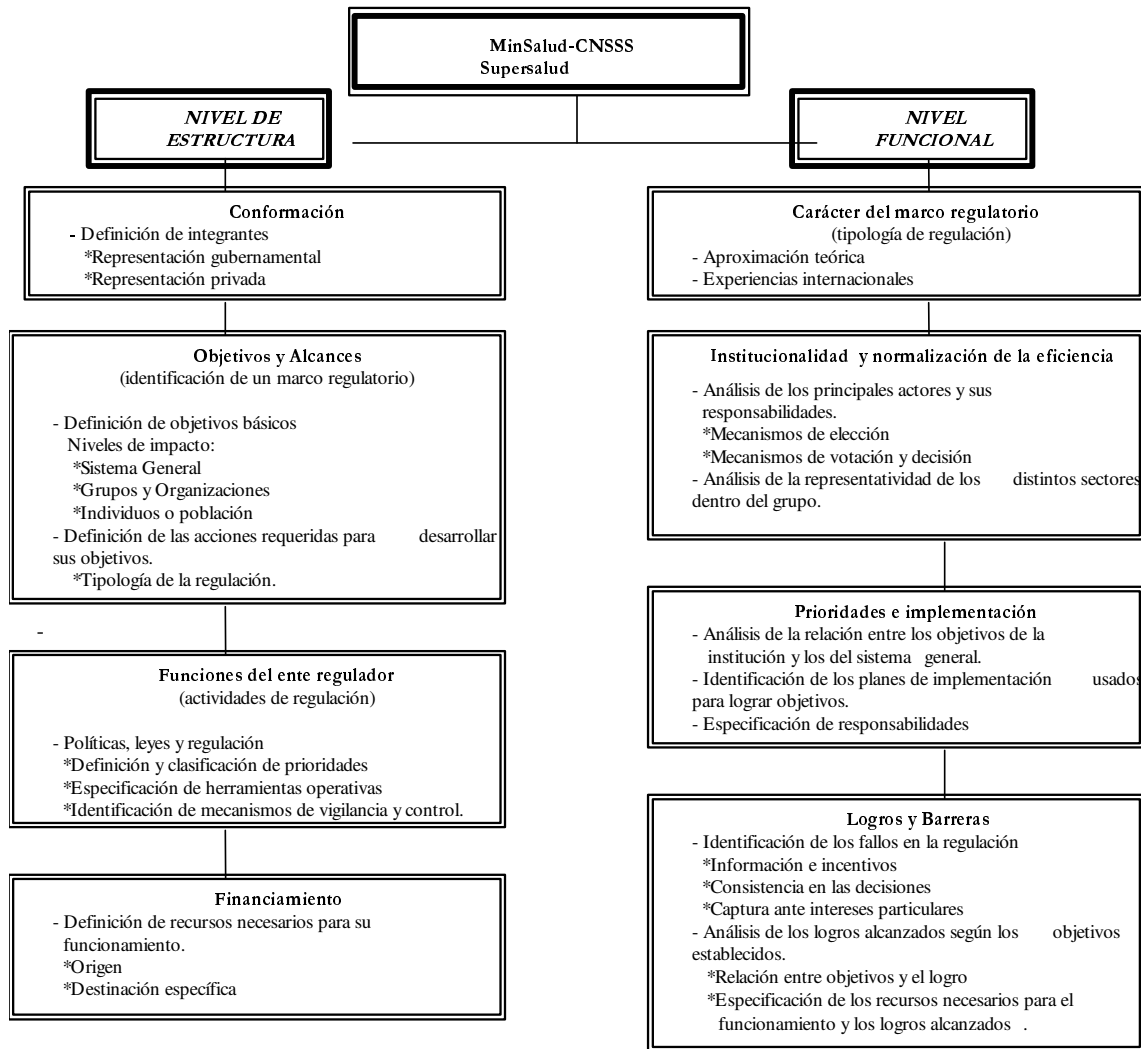
## **Bibliografía**

- Akerlof, George. 1970. "The Market for 'lemons': qualitative uncertainty and the market mechanism", *Quarterly Journal of Economics*, 84, pp.488-500
- Albi, Emilio; González-Páramo y Zubiri, Ignacio. 2000. *Economía Pública I y II*. Barcelona, Ariel.
- Armstrong, Jim. 1997. *Stewardship and public service. A Discussion Paper Prepared for The Public Service Comisión of Canada*, Marzo 31.
- Arrow, Kenneth. 1963. "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review* 53, pp. 941-973
- Bolis, Mónica. 2001. "Nuevos determinantes de la regulación de la salud". VIII Curso-taller, OPS/OMS-CIESS. Legislación de salud, mecanismos de regulatorios internacionales en salud y seguridad social, México D.F., Septiembre de 2001.
- Enthoven, Alain. 1993. "The history and principles of managed competition", *Health Affairs* 12, pp. 24-48
- Ferreiro, Alejandro. 2000 "El papel de las Superintendencias en la regulación de seguros de salud". División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Finkelstein, Sydney; Hambrick, Donald. 1996. "Strategic leadership: top executives and their effects on organizations". *Donalson Reviews*, Publishing Company, pp.220-223
- Folland, Sherman; Goodman, Allen; Stano, Miron. 1997, *The economics of health and health care*. New Jersey, Prentice Hall.
- Frenk, Julio; Londoño, Juan. 1997. "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina", *Observatorio de la salud.*, Fundación Mexicana para la salud. pp. 307-344
- Gómez, 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, ASSALUD, pp. 11-14
- González, Volmar. 1994. *La reglamentación del sistema general de seguridad social en salud. Integralidad y contradicciones con la ley 100 de 1993 y sus principios*. Santafé de Bogotá. FESCOL. (mimeo).
- Grupo de Economía de la Salud. 2001. "Oferta del seguro público de salud en Colombia". *Observatorio de la seguridad social en salud* 2.

- , 2002. "La regulación en el sistema de salud colombiano". *Observatorio de la seguridad social en salud*. Año 2, No 6. Medellín, diciembre de 2002.
- Harvard University School Of Public Health. 1996. *Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan*. Bogotá, (mimeo).
- Jaramillo, Iván. 1997. *El futuro de la salud en Colombia. La puesta en Marcha de la ley 100*. Bogotá. FESCOL.
- Londoño, Juan. 1996. "Estructurando pluralismo en los servicios de salud. La experiencia colombiana", *Revista de Análisis Económico* 11, 2, pp. 37-60
- Mckee, Martin. 2001. "The challenge of stewardship" *European Journal fo Public Health* 11, pp.122-123
- Mitnick, Barry. 1989. *La economía política de la regulación*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Murray, Christopher; Frenk, Julio. 2000. "A framework for assessing the performance of health systems". Theme papers. *Bulletin of World Health Organization* 78, 6, pp.717-731
- Musgrave, Philip. 1996. "Public and private roles in health: theory and financing patterns" Washington, Human Development Department. World Bank.
- North, Douglass. 1993. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Preker, Alexander; Harding, April. 2000. "The economics of public and private roles in health care: insights economics and organizacional theory"; The World Bank, HNP, 21875.
- Restrepo, Jairo y Cols. (2002). Informe final de investigación. *Condiciones de acceso y sostenibilidad de financiera del régimen subsidiado del régimen subsidiado de salud en Antioquia*. Grupo de Economía de la Salud.
- Restrepo, Jairo. 1999. "El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?", Ramírez, Berenice. *La seguridad social. Reformas y retos*. México, Miguel Angel Porrúa, pp. 125-171
- Restrepo, Jairo; Arango, Mónica; Casas, Lina. 2002. "Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia". *Lecturas de Economía* 56, pp. 33-71
- Restrepo, Mauricio. 2001. "La reforma a la seguridad social en salud en Colombia y la teoría de la competencia regulada", Titelman, Daniel y Uthof, Andras. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. Santiago, CEPAL - FCE, pp. 657-727.
- Sanhueza, Ricardo. 1999. "Burocracia pública y organizaciones en salud", Departamento de Economía, Universidad de Chile.
- Serafinoff, Valeria. "Entes reguladores: ¿capacidades o incapacidades institucionales?: algunas aproximaciones a la problemática a partir del análisis de dos organismos". Biblioteca de ideas, Instituto Internacional de Gobernabilidad, Cataluña (<http://www.iigov.org/documentos>)
- Travis, Phyllida et al. 2002. *Towards better stewardship: concepts and critical issues. Evidence and Información for Policy*. World Health Organization.
- World Health Organization, WHO. 2000. *The world health report 2000: Health Systems: Improving Performance*. Washington.
- Yepes, Francisco; Sánchez, Luz Helena. *La Descentralización de la Salud en Colombia. Estudio de Casos y Controles*, disponible en la página web <http://www.idrc.ca/lacro/foro/seminario/yepes.html>.

## ANEXO 1

### Colombia: Análisis bajo la perspectiva de la Teoría de la Regulación



**Fuente:** Elaboración de los autores

## ANEXO 2

### Consultas y entrevistas a expertos y representantes de gremios del sistema general de seguridad social en salud

#### 2.1. Cuadro resumen de consultas a expertos

Consulta N°.	Fecha	Objetivo	Pregunta	Respuesta General
1	08/07/2002	Indagar acerca de la existencia de trabajos, estudios o investigadores que se ocupen del tema de la regulación en el sector salud	¿Conoce algún trabajo de investigación, publicado o no, que aborde la función de regulación y los arreglos en cuanto a toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud, la Superintendencia de Salud o el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en Colombia?	Ver anexo referencias bibliográficas
2	19/06/2003	Conocer experiencias internacionales de reforma al sector salud similares a la colombiana, en cuanto a la existencia de organismos reguladores y de mecanismos de regulación de mercado	¿Qué países amerita comparar con Colombia, o conoce casos similares a éste, en cuanto a la existencia de organismos reguladores, como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, y de mecanismos de regulación de mercado como el POS y la UPC.?	Holanda, Rusia, Canadá, Reino Unido, Francia, Brasil, República Dominicana, Israel,
3	04/07/2003	Conocer los temas o medidas de regulación de mayor impacto en el sistema de salud colombiano	¿Cuáles son a su juicio los tres temas o medidas de regulación más importantes (que han marcado la historia del sistema o son los más críticos por sus implicaciones) sobre las cuales podríamos abordar la encuesta?	POS, UPC, competencias de los entes territoriales, sistema de garantía de la calidad, condiciones de entrada y de salida de operadores en el mercado, promoción y prevención
4	17/07/2003	Recibir comentarios y sugerencias acerca del diseño de la encuesta que será aplicada entre los agentes regulados (EPS, ARS, DTS, IPS)	¿Cuáles son sus comentarios y sugerencias acerca de su diseño y el cumplimiento del objetivo por el cual se formula?	Ver anexo formato de la encuesta

Nota: Los expertos consultados fueron: Ursula Giedion; Ramón Castaño; Mauricio Vélez Cadavid; Jorge Iván González; Alejandro Gaviria; María Fernanda Moreno Hernández ESAP; Luz Helena Sánchez Gómez ASSALUD; Nilhda Villacrés; André-Piere Contandadiopoulos; Ariel Emilio Cortés Martínez; Monica Castilla Luna; Elisa Carolina Torrenegra C.

#### 2.2. Entrevista semiestructurada a expertos y representantes de gremios del sistema general de seguridad social en salud

Esta es una guía de entrevista. Se emplea para dialogar con el entrevistado, de manera presencial o a través de correo electrónico, motivando la presentación de su percepción en torno a los tópicos centrales que se tienen identificados sobre el estudio de la regulación en el sistema de salud colombiano.

1. ¿Cómo percibe la distribución de la función de regulación en el sistema de salud, en cuanto a los organismos que intervienen y la organización del proceso (dirección, inspección, vigilancia y control?); ¿Qué problemas destaca en el desarrollo de esta función?
2. ¿Cuáles son, a su juicio, las principales variables y actividades que hacen parte de la regulación? Identifica algunas que hacen falta para ser reguladas o que se encuentran reguladas en exceso?
3. ¿Cómo ha evolucionado la regulación, en cuanto a los agentes regulados, su efectividad y objetivos?; ¿Quiénes se han beneficiado más, quiénes menos?
4. ¿Qué percepción tiene sobre la manera como se han definido las reglas de operación del sistema desde su creación?; ¿Existen conflictos?; ¿Qué información se tiene en cuenta?
5. ¿Su gremio se siente representado en la toma de decisiones sobre la regulación del sistema? ¿Cómo han contribuido al desarrollo de ésta?
6. ¿Qué ajustes o modificaciones propone al esquema de regulación: conformación de organismos, reglas, etc.?

### ANEXO 3

#### Formato de la encuesta de percepción sobre la regulación del sistema de salud colombiano

**Objetivo:** conocer la percepción de los agentes que participan en el sistema, como representantes de las entidades públicas y privada, acerca de papel de los organismos reguladores y la credibilidad y estabilidad de las normas que regulan el sistema.

**Población a encuestar:** Esta encuesta cobijará a los principales agentes regulados del sistema de salud colombiano: aseguradores (EPS y ARS), prestadores (públicos -ESE- y privados -IPS-) en sus diferentes niveles de complejidad, y las direcciones territoriales de salud.

**Tipo de encuesta:** encuesta informal de muestreo en pequeña escala, de tipo académico y desarrollada por correo electrónico.

- Tipo de variables: Por su naturaleza, las variables de los cuestionarios son cualitativas; y por la naturaleza de las escalas que miden sus valores, son de tipo nominales y ordinales en algunos casos.
- Tipo de preguntas: las preguntas serán cerradas de tipo dicotómico, de alternativas múltiples y con jerarquización de opciones, y en algunos casos se incluirán preguntas abiertas o combinación de los dos tipos de preguntas (cerradas y abiertas).

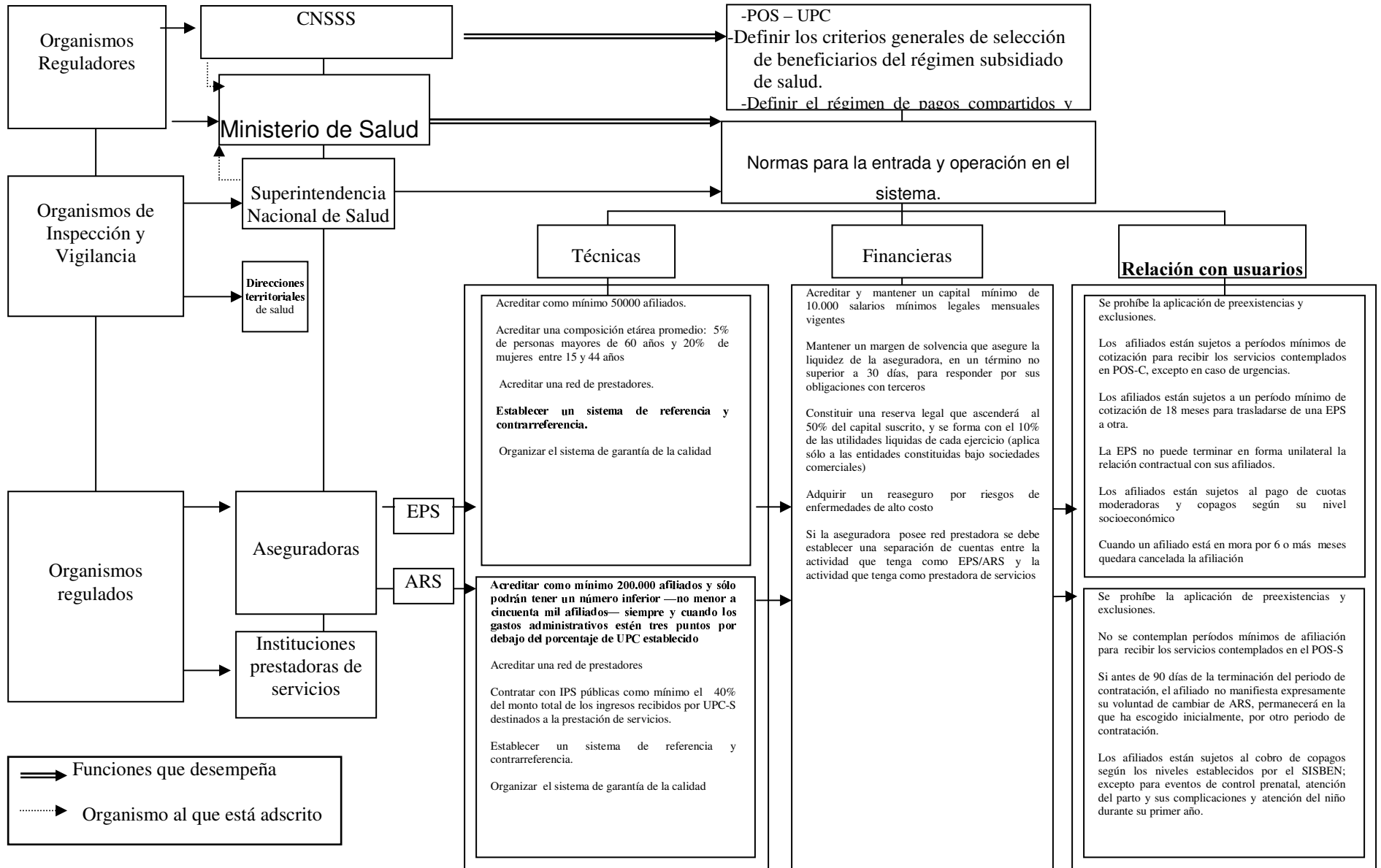
**Diseño general:** la encuesta comprenderá tres bloques temáticos o factores que apuntes a generar el indicador de *percepción de la función de regulación*. Los tres factores son:

- Credibilidad: el regulado conoce y confía en la institución reguladora
- Pertinencia: el regulado cree que cada decisión o norma política se encuentra fundamentada en la corrección de la imperfección que se intenta solucionar.
- Fluidez: el regulado conoce y evalúa los mecanismos, información e instrumentos para garantizar el natural funcionamiento e interrelación en cada uno de los mercados bajo regulación.

Con las calificaciones obtenidas para cada factor se calcula, usando la metodología de componentes principales, el índice que incluirá además la calificación obtenida en cada uno de los tres factores.

**ANEXO 4. Regulación del Mercado de aseguramiento de salud en Colombia**

**Esquema: Regulación del mercado de aseguramiento de salud en Colombia**

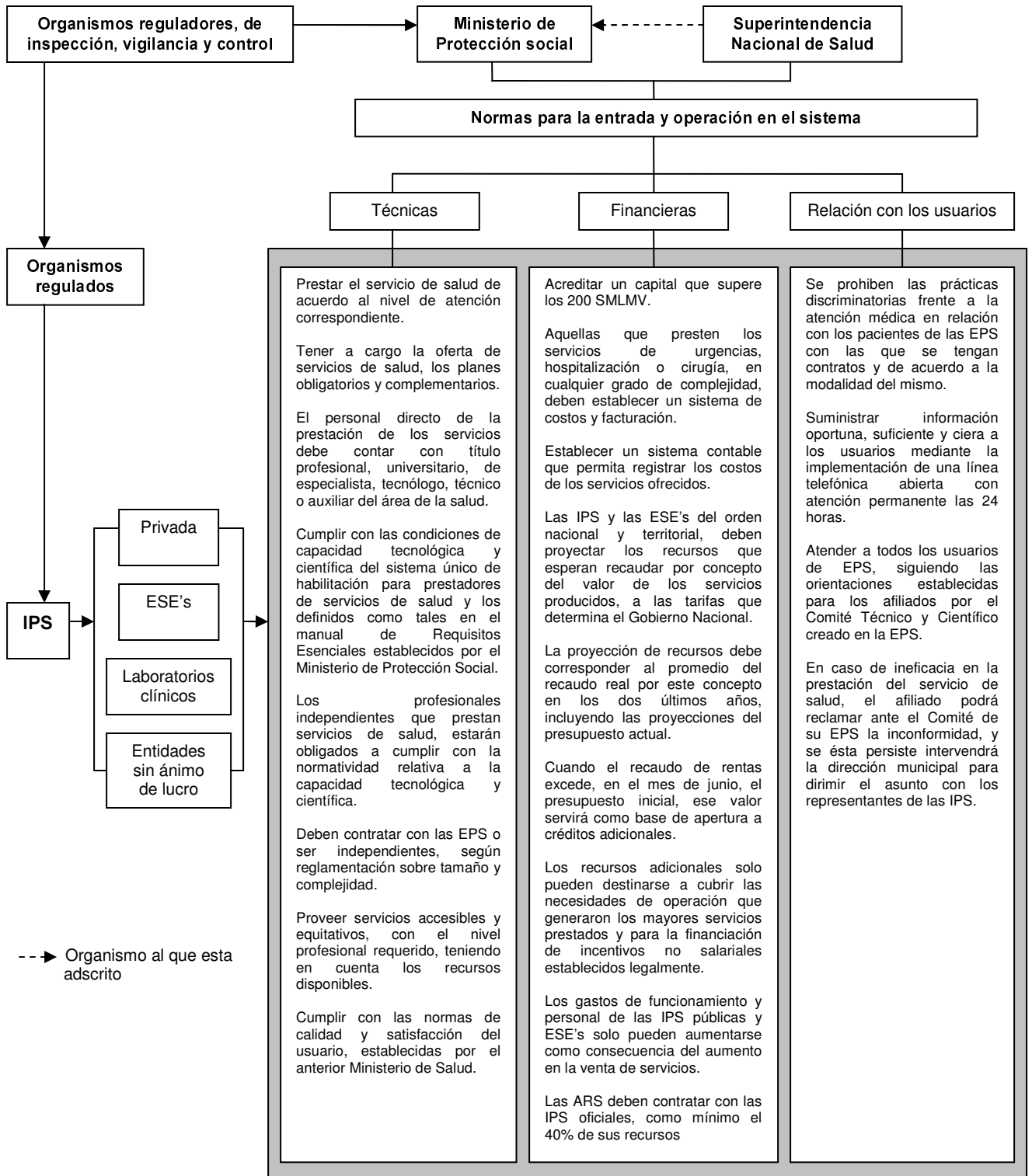


Fuente: Congreso de la República, Ley 100 de 1993; CNSSS, Acuerdos del Consejo; Gobierno Nacional, Decretos Reglamentarios de la Ley 100

Elaborado por: Lina Patricia Casas Bustamante, integrante del GES



ANEXO 5



Fuente: Decretos y resoluciones del Ministerio de Protección social (antes Ministerio de salud) 1993-2003. Cartas circulares y circulares de la Superintendencia Nacional de Salud 1993-2003.

Elaborado por: Didier González Castañeda y Karem Espinosa. Integrantes del GES

<b>Borradores del CIE</b>			
<b>No.</b>	<b>Título</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Fecha</b>
01	Organismos reguladores del sistema de salud colombiano: conformación, funcionamiento y responsabilidades.	Durfari Velandia Naranjo Jairo Restrepo Zea Sandra Rodríguez Acosta	Agosto de 2002
02	Economía y relaciones sexuales: un modelo económico, su verificación empírica y posibles recomendaciones para disminuir los casos de sida.	Marcela Montoya Múnera Danny García Callejas	Noviembre de 2002
03	Un modelo RSDAIDS para las importaciones de madera de Estados Unidos y sus implicaciones para Colombia	Mauricio Alviar Ramírez Medardo Restrepo Patiño Santiago Gallón Gómez	Noviembre de 2002
04	Determinantes de la deserción estudiantil en la Universidad de Antioquia	Johanna Vásquez Velásquez Elkin Castaño Vélez Santiago Gallón Gómez Karoll Gómez Portilla	Julio de 2003
05	Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002	Karem Espinosa Echavarría Jairo Humberto Restrepo Zea Sandra Rodríguez Acosta	Agosto de 2003
06	Las relaciones del desarrollo económico con la geografía y el territorio: una revisión.	Jorge Lotero Contreras	Septiembre de 2003
07	La ética de los estudiantes frente a los exámenes académicos: un problema relacionado con beneficios económicos y probabilidades	Danny García Callejas	Noviembre de 2003
08	Impactos monetarios e institucionales de la deuda pública en Colombia 1840-1890	Angela Milena Rojas R.	Febrero de 2004
09	Institucionalidad e incentivos en la educación básica y media en Colombia	David Fernando Tobón Germán Darío Valencia Danny García Guillermo Pérez Gustavo Adolfo Castillo	Febrero de 2004
10	Selección adversa en el régimen contributivo de salud: el caso de la EPS de Susalud	Johanna Vásquez Velásquez Karoll Gómez Portilla	Marzo de 2004
11	Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia	Jairo Humberto Restrepo Zea Sandra Rodríguez Acosta	Marzo de 2004

**Centro de Investigaciones Económicas**  
**Facultad de Ciencias Económicas**  
**Universidad de Antioquia**  
**Correo electrónico: cie@agustinianos.udea.edu.co**  
**Tel: (4) 2 33 50 12; Tel/Fax: (4) 2 10 58 43**  
**A.A. 1226**  
**Medellín - Colombia**