

SECCIÓN DE OBRAS DE ECONOMÍA CONTEMPORÁNEA

---

ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA  
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE ESTADOS UNIDOS - CANADÁ  
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II

Primera edición, Chile, 2000

Título original:

Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud.

Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia

© Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas

© Fondo de Cultura Económica

Av. Picacho Ajusco 227; Colonia Bosques del Pedregal; 14200 México, D.F.

© Fondo de Cultura Económica Chile S.A.

Paseo Bulnes 152, Santiago, Chile

Registro de propiedad intelectual N° 114.526

I.S.B.N.: 956-289-018-X (Volumen II)

I.S.B.N.: 956-289-016-3 (Obra completa)

Ilustración de la portada: Juan Cristián Peña Camarda

Composición y diagramación: Gloria Barrios

Impreso en Salesianos S.A.

Impreso en Chile

DANIEL TITELMAN / ANDRAS UTHOFF  
COMPILADORES

# ENSAYOS SOBRE EL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

LOS CASOS DE  
ESTADOS UNIDOS - CANADÁ  
ARGENTINA - CHILE - COLOMBIA

VOLUMEN II



FONDO DE CULTURA ECONÓMICA  
MÉXICO - ARGENTINA - BRASIL - COLOMBIA - CHILE - ESPAÑA  
ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA - GUATEMALA - PERÚ - VENEZUELA



COMISIÓN ECONÓMICA PARA  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL)



# LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA Y LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

Mauricio Restrepo Trujillo

## I. MARCO CONCEPTUAL GENERAL

En esta parte, se presentarán algunas consideraciones muy generales sobre los marcos conceptuales dentro de los que se ha formulado e implementado la reforma del sector salud en Colombia. En primer lugar, se tendrán en cuenta algunas grandes tendencias que han informado en las últimas décadas las políticas de salud y, por tanto, la concepción de los sistemas de atención de la salud; en segundo lugar, se analizará la tendencia en boga actualmente y el paradigma que se ha formulado para introducir reformas a los sistemas de salud. Por último, se hará una breve referencia a la corriente de reforma social en Latinoamérica.

Las consideraciones mencionadas tienen por objeto mostrar cómo la reforma colombiana obedece a tendencias internacionales que, conjuntamente con circunstancias locales —que se analizarán en la parte 5—, determinaron el diseño del modelo que es motivo de análisis en este trabajo.

Para abordar el primer punto que se ha propuesto, es interesante referirse al análisis hecho por Barnard (1990) respecto a la evolución de los principales conceptos que han determinado las políticas de salud en las últimas décadas. Un hito de partida, son las formulaciones surgidas en la posguerra. La principal, tal vez, fue la definición comprensiva de salud dada al constituirse la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948. A pesar de esta concepción, la realidad del sector salud y de los servicios de salud durante los años cincuenta estuvo marcada por el concepto de que la salud era un problema del resorte único de los médicos, y de las profesiones con ellos relacionadas.

Durante la década de 1960 surgieron nuevas preocupaciones y nuevos intentos de responder a la concepción puramente médica del sector salud. En esencia, la respuesta fue de tipo burocrático, marcándose una tendencia a crear y consolidar organizaciones cada vez más grandes y complejas para financiar y proveer servicios de salud; mediante ellas se perseguía mejorar la formulación de políticas, los procedimientos para la toma de decisiones, y la asignación de los recursos. Pronto se pusieron en evidencia los problemas de este enfoque, al revelarse la rigidez, la complejidad burocrática y la esterilidad de tales organizaciones para resolver ciertos problemas básicos de la salud de la gente y del funcionamiento de los servicios.

Por otra parte, en esos mismos años se abrió paso un área de trabajo e investigación que más tarde vino a tener importantes consecuencias para la formulación de las políticas de salud. Se trata de la aplicación de la teoría económica al problema de la salud, en sí misma, y de los servicios de salud.

Los problemas del esquema en boga durante los años sesenta fueron puestos en evidencia en la década siguiente, llevando a la necesidad de nuevas formulaciones de política que cristalizaron en varios documentos, hoy clásicos, como el Informe Lalonde ("A new perspective on the health of Canadians"), la "Resolución de la salud para todos" de la OMS, expedida en 1977, la "Declaración de Alma Atá" de 1978, y los trabajos de Henrik Blum (*Planning for Health*, 1971), entre otros. La esencia de esta nueva postura fue el reconocimiento de la necesidad de un enfoque intersectorial de los problemas de la salud, y la necesidad de nuevas formas de comprometer a los individuos y a sus comunidades en la promoción, protección y restauración de su propia salud.

El logro fundamental de los progresos conceptuales mencionados fue poner en evidencia que no se puede equiparar la salud y la atención de la salud, con la atención médica y los servicios hospitalarios. Dicha ganancia conceptual comenzó a nublarse durante los años ochenta. En efecto, el dominio creciente de la política económica sobre la política social, y algunas de sus consecuencias como la contención del gasto público, la reducción de los impuestos, y la promoción de la responsabilidad de los individuos como factor determinante de su bienestar, llevaron a formulaciones cuya espina dorsal es la aplicación de la teoría y el análisis económicos a los servicios personales de salud, y en forma específica a la atención médica.

La preocupación de los economistas por el análisis de la salud y de los servicios de salud es relativamente reciente; se remonta, como ya se anotó, a mediados de los años sesenta. La aplicación sistemática de los conceptos y métodos económicos en el campo de la salud puede abordarse en dos áreas: la economía de la salud per se y la economía de la atención médica, que aunque relacionadas son diferentes (Fuchs, 1993). El análisis económico de los servicios de salud se fue convirtiendo en la base fundamental de la formulación de políticas de salud; lo anterior tiene su razón de ser, ya que la formulación de políticas se relaciona fundamentalmente con la función de asignar recursos escasos, y el problema de tal asignación, tanto en el plano positivo como en el plano normativo, constituye el pan y la carne de la economía.

Por otra parte, es necesario considerar el problema de los recursos en relación con la salud y con los servicios que a ella se dedican. Al respecto hay un hecho de importancia decisiva en los últimos 50 años: el desarrollo de la tecnología para diagnosticar y curar las enfermedades. La mayoría de esta tecnología es costosa, tanto desde el punto de vista de los costos de capital como desde el punto de vista de los costos operacionales. De manera que la eventualidad de la enfermedad se ha ido convirtiendo en un hecho costoso con implicaciones económicas serias, a veces catastróficas, tanto para los individuos como para la sociedad toda, y por ende para los estados.

Además de las consideraciones surgidas del análisis puramente económico, durante los años ochenta se dio una tendencia general en la política que ganó la atención intelectual de algunos académicos. Tal tendencia sostuvo que los mecanismos del mercado eran superiores a las decisiones políticas, y que era social y culturalmente preferible trabajar para lograr un papel mínimo del Estado. De este modo, se propugnó reemplazar —sobre todo en el área de los servicios públicos o cuasi públicos— las instituciones públicas y mecanismos como la planificación formal y centralizada, las normas, las decisiones políticas y la ética del servicio, por instituciones de carácter privado y mecanismos como los precios, la competencia y los incentivos.

La tendencia descrita tuvo clara influencia sobre las políticas de salud, *cuyas formulaciones se orientaron a enfrentar problemas muy concretos*. Tales problemas tienen matices diferentes cuando se considera el grado de desarrollo, o el nivel de ingreso, de las distintas sociedades. En los países desarrollados, o de altos ingresos, los problemas básicos

son dos: el control en la escalada de los costos de los servicios de salud, y la insatisfacción de los usuarios respecto a tales servicios (Katz y Miranda, 1995). Por su parte, en los países en desarrollo, o de bajos ingresos, los problemas son la superación de condiciones inaceptables de salud de grupos mayoritarios de la población, y el uso eficiente y eficaz de recursos limitados. Para ambos grupos de países existe otro problema no resuelto: la inequidad, tanto en las condiciones de salud como en el acceso a los servicios de salud.

Las formulaciones de políticas de salud surgidas bajo la égida de las tendencias imperantes en los años ochenta, tuvieron una expresión muy importante en las políticas sectoriales de las instituciones multilaterales de crédito, especialmente del Banco Mundial, y en los paradigmas de reforma que han tenido manifestaciones específicas en todo el mundo, dando origen a un movimiento internacional de reforma del sector salud.

Un hito en la formulación de políticas de salud y de la reforma del sector salud, encuadradas en la tendencia que se acaba de exponer, es la publicación por el Banco Mundial (en cooperación con la OMS) del documento *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993* (Banco Mundial, 1993) y su precedente, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (Banco Mundial, 1987).

En el trabajo mencionado en segundo lugar se consideran problemas en la asignación de los recursos, tales como: el gasto insuficiente en actividades de promoción de la salud que resulten eficaces en función de sus costos, la ineficiencia de los programas públicos de salud, y la desigualdad en la distribución de los beneficios derivados de los servicios de salud. Ante estos problemas, se propone una reforma caracterizada por cuatro políticas: la primera, el cobro de aranceles a los usuarios de los servicios públicos de salud, para servicios curativos y medicamentos; la segunda, promover la provisión de mecanismos de seguro de salud; la tercera, el empleo eficiente de los recursos no gubernamentales para la salud, incluyendo personas e instituciones privadas, de tal manera que los recursos gubernamentales se concentren en acciones que beneficien a toda la comunidad, más que a grupos específicos de personas; y la cuarta, descentralizar los servicios de salud gubernamentales.

En el documento publicado por el Banco Mundial en 1993, se analiza la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico. Se propone un enfoque triple para las políticas públicas destinadas a mejorar las condiciones de salud de los países en



desarrollo. En primer lugar, se plantea que los gobiernos tienen que fomentar un entorno económico que permita a las propias unidades familiares mejorar su nivel de salud. En segundo lugar, se argumenta que el gasto público en salud debería reorientarse hacia programas más eficaces en función de los costos y que contribuyan en mayor medida a ayudar a los pobres. En tercer lugar, se propugna que los gobiernos faciliten una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Tal combinación de elementos debe contribuir a mejorar las condiciones de salud, contener los costos y aumentar el grado de satisfacción de los usuarios.

Los antecedentes descritos han llevado a un movimiento reformista de carácter universal, y que obedece a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países desarrollados. El desarrollo de tal movimiento ha sido sistematizado y puede ser definido, según Berman (1995), en la siguiente forma: "es un cambio sostenido y con el propósito claro de mejorar la eficiencia, equidad y efectividad del sector salud"; este proceso de cambio tiene que ver con el qué, el quién y el cómo de la acción del sector salud (Berman, 1995).

El movimiento reformista tiene el origen conceptual que ya se analizó, y su implementación se justifica por varios hechos de índole diferente, que podrían caracterizarse de la siguiente manera:

- i) el rápido cambio de los patrones demográficos y epidemiológicos, que en conjunto constituyen la llamada "transición de la salud";
- ii) cambios en las economías de los países, caracterizados en algunos casos por crisis y en otros por crecimiento. Ejemplo de los primeros es la crisis fiscal de los años ochenta en muchas naciones en vías de desarrollo, como las latinoamericanas; ejemplo de los segundos, el crecimiento muy rápido de algunas economías como las de los llamados "tigres del Asia";
- iii) modificaciones políticas, como la implosión de los sistemas socialistas en el oriente de Europa (Berman, 1995).

El movimiento de reforma del sector salud, pese a las diversas modalidades que puede haber adoptado en distintos países, contiene varios énfasis conceptuales de vigencia mundial (Berman, 1995), a saber:

- i) aceptar y poner de relieve las conexiones entre la salud, el sector salud y otras facetas más amplias del desarrollo humano sostenible.

- Se acepta así, que la mejoría en las condiciones de salud y la reforma al sector salud tienen importantes externalidades que afectan el bienestar social;
- ii) una visión integral del sector salud, que va más allá de la consideración de sus partes. Específicamente, se registra una conciencia creciente de la importancia de los proveedores no gubernamentales de salud;
  - iii) el cambio del papel del Estado en el sector salud. La función de pagador de los servicios de salud en instituciones de naturaleza gubernamental debe ser redefinida por el gobierno, pasando éste de ser proveedor de servicios a financiador y administrador del crecimiento y el cambio en el sector salud;
  - iv) el desarrollo de nuevas herramientas para la acción pública y privada. Los gobiernos deben desarrollar su capacidad para manejar un conjunto más amplio de herramientas fiscales como tarifas, tributos, subsidios e incentivos para lograr los cambios deseados. Lo mismo sucede con ciertas herramientas legales y administrativas como la regulación, otorgamiento de licencias, y el control de calidad. Los gobiernos pueden aumentar su provisión de información, tanto a los proveedores de servicios como a los usuarios, para mejorar las funciones del sector. Los financiadores y proveedores privados deben desarrollar nuevas habilidades, ya que están siendo requeridos para aumentar su papel en la provisión de bienes públicos;
  - v) el despliegue de nuevas estrategias que surgen de las organizaciones internacionales y de experiencias nacionales, tales como el fortalecimiento de la administración pública, el establecimiento de prioridades mediante el diseño de un conjunto de intervenciones con cobertura universal, la descentralización, nuevos métodos para generar y manejar las finanzas del sector, y el incremento del papel de los proveedores privados en los sistemas gubernamentales de salud.

La experiencia ganada con el estudio y observación de sistemas de salud de muy diversa índole en los países desarrollados o industrializados, principalmente los de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), muestra que los objetivos y principios que guían la reforma son similares y que han dado origen a un paradigma. Según Chernichovsky (1995), dentro de este paradigma hay comprometidas

tres funciones sistémicas: primero, la financiación de los servicios; segundo, la organización y manejo del consumo de los servicios, y tercero, la prestación de los servicios. Las reformas que siguen las líneas mencionadas —dice Chernichovsky— tratan de combinar las ventajas de los sistemas públicos (acceso universal a un conjunto básico de prestaciones de salud, con un control efectivo del gasto) con las ventajas de sistemas descentralizados, generalmente de naturaleza privada (satisfacción del usuario y producción eficiente de servicios).

Otro marco conceptual que es útil considerar para el análisis de la reforma del sector salud en Colombia, es la corriente de reformas sociales en la región de Latinoamérica. En efecto, durante la década de 1980 se impulsaron en las naciones de Latinoamérica procesos de ajuste y estabilización macroeconómica, mediante medidas monetarias, financieras, fiscales, y de liberalización del aparato productivo, destinadas a lograr una apertura de las economías, a mejorar la competitividad y a darle una mayor vigencia al mercado como mecanismo para asegurar una mejor asignación de los recursos.

Los procesos anteriores tuvieron un "costo social" y generaron una "deuda social" ya que algunos sectores de la sociedad tuvieron que pagar la cuenta de tales medidas, de tal manera que se aumentó su grado de pobreza, apareciendo además grupos de "nuevos pobres". En general, hubo un retroceso en la situación del empleo, una merma en la calidad de la educación y un deterioro general en la calidad de vida de ciertos grupos sociales. Los hechos anteriores dieron origen a diversas iniciativas surgidas de entidades internacionales para conjurar esta situación (CEPAL, 1992; BID/PNUD, 1993; BID, 1993a; BID, 1993b; Garnier, 1992).

Se ha definido la reforma social como un proceso que contribuye al desarrollo humano mediante la integración de políticas e instrumentos dirigidos a incorporar, de manera eficiente, todos los miembros de la sociedad al proceso de crecimiento, en un contexto de aumento general del bienestar (BID/PNUD, 1993).

En el marco de esta propuesta se definen unas líneas de acción comunes, como el fortalecimiento de nuevas responsabilidades del Estado, el compromiso en acciones destinadas a revertir el patrón regresivo en la distribución del excedente, y la adopción de estrategias para reducir la pobreza (BID/PNUD, 1993). Al mismo tiempo, se propicia la implantación de ciertos instrumentos destinados a mejorar la eficiencia, tales como la descentralización, la localización, la capacitación, el fortalecimiento de los

sistemas de información, y la mejoría de los sistemas de gestión de los programas sociales.

Una concreción de las anteriores propuestas, específicamente aplicada al sector salud, es el documento "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe" (CEPAL/OPS, 1994). El trabajo destaca el círculo virtuoso que existe entre salud y desarrollo económico.

El eje de la propuesta de la CEPAL sobre transformación productiva con equidad es la elevación de la productividad, tanto para adquirir competitividad internacional como para contribuir a una mayor equidad social. Lo anterior exige el desarrollo de la infraestructura física y tecnológica, de la capacidad de organización, y de la aptitud de los recursos humanos. La salud y, por tanto, las acciones del sector salud, adquieren gran importancia como factor de formación, mantenimiento y perfeccionamiento del capital humano; por otra parte, el sector salud constituye una importante fuente de dinamización de la economía en su conjunto.

Desde el punto de vista de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se enfatiza el papel de la salud en el desarrollo humano sostenible, dado que la propuesta permite mejorar la calidad del capital humano y fomenta el bienestar social. Se propone un enfoque multisectorial para el mejoramiento de las condiciones y de los servicios de salud, planteándose la necesidad de innovar la organización y las modalidades de los sistemas de salud, ampliar las coberturas, reformar el financiamiento, realzar la eficacia de la asignación y la eficiencia microeconómica de su utilización.

Parece claro, entonces, que a nivel internacional se han desarrollado marcos conceptuales de política, paradigmas y prescripciones orientados a modificar la forma como se financian y organizan los servicios de salud. Estos elementos —como se verá más adelante— tuvieron clara influencia en el diseño del modelo adoptado por Colombia. Un eje fundamental de discusión en el movimiento reformista ha sido el de los papeles del Estado y del mercado, que será analizado a continuación.

## II. LOS POLOS CONCEPTUALES DE LA POLÍTICA DE SALUD

Hasta aquí se han presentado los marcos conceptuales que han orientando el desarrollo de la tendencia universal a reformar los sistemas de salud, fruto de la cual es la reforma que se impulsa en Colombia. En este

apartado se presentarán las dos grandes opciones teóricas que se han definido para guiar la asignación de recursos y la organización de los servicios dentro del sector salud, con sus respectivas fallas. Como ya se dijo, el eje central de las dos posturas gira en torno a los papeles del Estado y del mercado.

Una de las tres funciones sistémicas que pueden distinguirse en el paradigma de la reforma —como ya vimos— es la financiación de los servicios (Chernichovsky, 1995). Con respecto a la financiación de los servicios de salud, las naciones deben plantearse tres cuestiones fundamentales, cuya respuesta implica formulaciones de política (Hsiao, 1992).

La primera es, qué proporción de los recursos disponibles por la sociedad deben emplearse en los servicios de salud. La segunda es, cómo deben asignarse tales recursos —que por definición siempre serán escasos— ateniéndose a ciertos criterios de distribución emanados de los distintos programas, los diferentes tipos de enfermedad y las diversas regiones. La tercera cuestión plantea que las naciones deben procurar obtener el máximo posible de eficiencia en la producción de los servicios o, como dicen los británicos, obtener valor por el dinero (*value for money*).

El primer problema, y su solución política, tiene que ver con la escalada de costos de los servicios, determinada por la introducción de nuevas tecnologías y la aparición de nuevos problemas de salud. Así, se hace indispensable que las naciones impongan restricciones fiscales sobre el gasto total en servicios de salud. En relación con el segundo problema, la decisión de política atañe al mecanismo que se utilice para asignar los recursos, sea el mercado o la planificación por parte de una agencia del gobierno; las decisiones en la asignación de recursos tienen como base consideraciones como la equidad, las necesidades, el análisis de costo/beneficio y, además, el efecto político de tales decisiones. En cuanto al tercer problema, hay dos factores fundamentales que afectan la solución que se adopte: el primero es la naturaleza de la propiedad, el tipo de organización, y la calidad de la gestión de las instituciones proveedoras de los servicios; el segundo es la estructura de incentivos para el personal que presta los servicios (formas y niveles de remuneración).

La respuesta que se pueda dar a los anteriores problemas básicos de la financiación de los servicios de salud, está influenciada por cuestiones teóricas e ideológicas, y en los últimos tiempos se ha movido entre dos polos ideológicos que pueden denominarse como “régimen de demanda” y “régimen de oferta”. Ambos implican decisiones de política guiadas por

teorías económicas. Debe quedar claro que además del trasfondo teórico, las opciones de decisión política están influenciadas por antecedentes históricos de cada sociedad, por su cultura y valores sociales, así como por el balance de fuerzas entre las diversas facciones políticas prevalentes en un momento histórico determinado.

Los dos regímenes señalados difieren en tres aspectos que son de gran importancia en la estructuración de un sistema de salud: la financiación (origen y forma de asignación de los recursos), la organización de la prestación de los servicios, y los incentivos que reciben los proveedores.

### *1. EL RÉGIMEN DE DEMANDA*

El abordamiento por el lado de la demanda argumenta que los servicios de salud tienen las mismas características de cualquier bien económico, de tal manera que los usuarios o consumidores pueden ejercer su propio control sobre cuáles servicios compran y a qué precios lo hacen. Los compradores y los proveedores de los servicios están relacionados de manera pareja. Los proveedores tienen poca capacidad para provocar la demanda de los usuarios y poco poder de mercado para fijar los precios. A su vez, un sistema de salud maximizará el bienestar común al dispersar el poder económico en las manos de cada consumidor. La competencia por el dinero de los consumidores fuerza a los proveedores a producir los servicios en la forma más eficiente que sean capaces; de manera que, en el largo plazo, la provisión de servicios se dará al costo promedio más bajo posible.

El nivel total de los recursos dedicados a los servicios de salud no constituye preocupación para quienes defienden esta postura, ya que se supone que las decisiones sobre el gasto son el resultado directo de la maximización de la utilidad buscada por el consumidor. Dos rasgos fundamentales de este enfoque son la asignación de los recursos de acuerdo con la voluntad de pagar que tenga el consumidor, y la naturaleza privada de las instituciones dedicadas a prestar los servicios de salud (Hsiao, 1992).

Dentro de la concepción del régimen de demanda, los consumidores deciden si compran un seguro de salud o si pagan el servicio directamente en el momento en que lo reciben. Los principios de la soberanía

del consumidor excluyen la idea de un seguro obligatorio, y la regulación de un modelo de beneficios y del monto de las primas. En lugar de ello, muchas compañías de seguros compiten en el mercado y seleccionan los riesgos que quieran asegurar.

En este marco, se permite la libre elección que los usuarios hacen de los médicos y de los hospitales. Así mismo, se defiende la superioridad de las instituciones privadas con ánimo de lucro para garantizar una mejor eficiencia en la utilización de los recursos. En cuanto a los incentivos que reciben los proveedores de servicios, esta propuesta cree en los precios fijados por el mercado como el mecanismo básico para determinar el monto de la remuneración recibida.

Es interesante mencionar que dentro de esta concepción los servicios de salud son el producto de la acción de varios mercados que interactúan entre sí pero que son distintos, a saber: el de la financiación de los servicios, el de los proveedores institucionales, el de los proveedores profesionales, el de los insumos para los servicios, y el de la educación profesional (Hsiao, 1995).

## 2. EL RÉGIMEN DE OFERTA

Esta concepción parte del presupuesto que los servicios de salud tienen características especiales que los diferencian de otros bienes económicos. En efecto, se considera que los servicios de salud se relacionan con necesidades que las personas tienen para mantener su vida y para aliviar su sufrimiento, de tal manera que todos los individuos tienen el derecho de acceder a los servicios, independientemente de su capacidad para pagarlos. Por otra parte, se argumenta la existencia de serias fallas del mercado como mecanismo para asignar los recursos que se destinan a los servicios de salud.

Tales fallas se derivan de tres factores fundamentales: el primero, la existencia del mecanismo de seguro de salud, que reduce la sensibilidad a los precios, tanto del consumidor como del proveedor. Segundo, la propensión de los individuos con alto riesgo de enfermar a comprar seguros (selección adversa) y, al mismo tiempo, la tendencia de los aseguradores a asegurar a los individuos con bajo riesgo de enfermar (selección de riesgo); estos dos tipos de selección sesgada comprometen la competencia en los mercados de seguros. Y tercero, la disparidad que

existe entre la cantidad y calidad de la información que está disponible para los enfermos y la de sus médicos (asimetría de información), que lleva a un fuerte dominio profesional de los prestadores de los servicios en las decisiones, lo cual hace posible que los médicos y los hospitales induzcan a la demanda y fijen precios que no obedecen a las leyes del mercado.

Para remediar estas fallas del mercado, los partidarios del régimen de oferta defienden la existencia de organismos o instituciones públicos, o cuasi públicos, con poder fiscal, que utilicen un arbitrio político (o de puja) en lugar de los mecanismos imperfectos del mercado para determinar las restricciones en el presupuesto que se destina a los servicios de salud. Conforme a este enfoque, el gobierno desempeña un importante papel, tanto en la asignación de recursos —por programa y por región— como fijando el monto que debe ser pagado a los proveedores.

Dentro del régimen de oferta se han diseñado cuatro grandes tipos de estructura financiera. En el primero, el gobierno central o los gobiernos locales financian los servicios de salud y determinan la cantidad del gasto, sopesando los beneficios de este gasto y los que se obtienen con otro tipo de gasto. En el segundo, el gobierno local tiene la responsabilidad de pagar los servicios de salud balanceando este gasto con otros gastos locales. El tercer tipo de estructura usa una fuente diferente a los impuestos generales, un gravamen aparte, el más común de los cuales es la imposición sobre los salarios; en este caso los gastos de salud no tienen que competir con otros gastos que se cargan a los impuestos generales. Por último, bajo el cuarto tipo de estructura, los servicios de salud son pagados por un seguro de salud que es provisto por una combinación de planes públicos y privados. En este esquema el gobierno utiliza una regulación extensiva para controlar el seguro de salud; tal regulación incluye la obligatoriedad del seguro, la regulación de la selección de riesgo, y la especificación de un plan mínimo de beneficios.

Bajo el régimen de oferta, se planifica la cantidad y la localización de los hospitales y de los equipos costosos y, en ocasiones, el tipo de entrenamiento de los profesionales y su radicación geográfica.

En concordancia con los planteamientos anteriores, no necesariamente se respeta la soberanía del consumidor en la elección de los proveedores y se aduce la superioridad de las instituciones públicas, sin ánimo de lucro, en las cuales los trabajadores del sector, motivados por el interés público y la ética del servicio, ofrecen una mayor eficiencia que



los de instituciones privadas. Los incentivos a los proveedores están constituidos por la remuneración que se fija en razón de la especialidad, el tipo de servicio, y la región donde este se presta.

Aunque en ningún país se da en forma pura ninguna de las dos concepciones extremas que se han expuesto, los diversos sistemas de salud obedecen en forma predominante a alguna de las dos. Existen análisis que demuestran las fallas de cada una de estas fórmulas y de los resultados que han obtenido en sistemas guiados por cada una de ellas (Hsiao, 1992, 1994, 1995; Musgrove, 1996).

Las fallas en el mercado del seguro, como ya se vio, consisten en la selección adversa, la selección de riesgo, el monopolio o "cartelización" de la oferta, y el riesgo subjetivo (*moral hazard*); de estas fallas resultan prácticas negativas como la agrupación de riesgos (*pooling*); el subaseguramiento de los enfermos, pobres, viejos y discapacitados; el exceso de ganancias; el sobreuso de algunos servicios y la subproducción de otros (Hsiao, 1995). Además, los gastos administrativos tienden a ser más altos de lo necesario, debido a los esfuerzos de los aseguradores por tamizar los riesgos indeseables, y por los costos de tramitar las reclamaciones en un mercado con muchos aseguradores y proveedores. Por último, se ofrecerán muchas intervenciones de escaso o cuestionable valor, ya que ni el proveedor ni el usuario pagan por ellas (Musgrove, 1996).

Las fallas del mercado en la provisión de salud se derivan de la naturaleza monopólica de los servicios hospitalarios, del poder monopolístico de los profesionales de la salud, y de la asimetría de información entre consumidores y proveedores. Tales fallas tienen como efectos los excesos en las ganancias de los proveedores, deterioro en la calidad de los servicios, expansión de tecnologías costosas, e inducción a la demanda por parte de los proveedores (Hsiao, 1995).

Las fallas del gobierno consisten en el predominio que grupos de interés diferentes a los usuarios tienen en las decisiones para asignar los recursos, en la corrupción y el clientelismo, en la falta de incentivos para innovar y promover la eficiencia, en la falta de sensibilidad a las necesidades del usuario, y en la toma de decisiones por motivos ideológicos o por intereses particulares (Hsiao, 1995).

La crítica más común y severa a la acción pública en los servicios de salud se refiere a que ésta constituye —especialmente en los países pobres, donde el gobierno ofrece atención que se supone que es gratis (en

aras de la equidad)— una provisión centralizada, subfinanciada, y de mala calidad (en términos médicos y humanos). Como los presupuestos no se relacionan con la producción de servicios y las normas del servicio público hacen difícil suspender, transferir o disciplinar un personal improductivo, los costos de las ganancias en salud pueden ser muy altos, aunque los salarios y el costo de otros insumos sean bajos. Los incentivos perversos (para la eficiencia) hacen que se compren bienes de capital en exceso, que no se mantengan y que se subutilicen. El Estado falla en la provisión por querer hacer demasiado y por competir con los proveedores privados solo en el precio, esto es, subsidiando la provisión, en lugar de competir en calidad y satisfacción (Musgrove, 1996).

Por todo lo anterior, parece claro que ninguna de las propuestas polarizadas de política de salud ofrece las soluciones que se buscan, y cada una de ellas presenta serias fallas. En la parte siguiente, se discutirá una opción teórica que persigue solucionar las fallas que se han analizado.

### III. LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

Ante la falta de éxito y los problemas que presentan las propuestas extremas que se describieron en la parte anterior para alcanzar los objetivos básicos de eficiencia, equidad y eficacia —a lo que se suma la escalada de costos y la insatisfacción de los consumidores—, se ha propuesto la teoría de la competencia regulada. Fue formulada por el profesor Alain C. Enthoven, economista y profesor de la Universidad de Stanford, quien la presentó y desarrolló a través de varias publicaciones (Enthoven, 1977, 1978, 1988, 1991, 1993). La teoría se gestó cuando Enthoven trabajaba como analista de políticas en el área de la defensa, y luego fue aplicada a la financiación y provisión de los servicios de salud (*The New York Times Magazine*, 1993; Waitzkin, 1994).

#### 1. ANTECEDENTES DE LA TEORÍA

Como su nombre lo indica, la competencia regulada es una formulación que combina estrategias regulatorias con la competencia, y surge de la

aplicación de principios microeconómicos que se contrastan con observaciones empíricas para analizar qué parte de la teoría ha funcionado en la realidad.

Vale la pena, para comenzar, hacer una aclaración sobre la denominación de la teoría. En un principio Enthoven habló de competencia regulada (*regulated competition*), término que pudo ser interpretado como la dictación por el gobierno de unas reglas rígidas que se aplican para organizar el mercado. La propuesta, en su versión más refinada, apunta más bien a la utilización en forma flexible y dinámica de una serie de herramientas capaces de dirigir y “manejar” el mercado, de tal manera que se conjuren sus fallas en la consecución de la equidad y la eficiencia de los servicios. Por la razón anterior, el autor prefirió denominar su actual propuesta como competencia manejada (*managed competition*).

La teoría se formula como respuesta al sistema de salud prevaleciente en los Estados Unidos, que ha encarado el tema por el lado de la demanda, y frente a la escalada inflacionaria del gasto en salud. Al postular la teoría se reconocen las fallas de los mercados de los servicios de salud y la falta de competitividad en el sistema prevaleciente.<sup>1</sup> El autor de la teoría se basa en principios microeconómicos y usa evidencia empírica para demostrar que la competencia, adecuadamente estructurada, puede producir una mejoría sustancial en la eficiencia sin sacrificar la equidad, estudiando la modalidad de ‘atención administrada’ (*managed care*). Por último, el autor tiene en cuenta ciertas preferencias culturales de los norteamericanos por la libre opción (pluralismo, limitación de la acción estatal, preferencia por las soluciones locales, importancia de la responsabilidad individual).

1. El sistema prevaleciente en los Estados Unidos, calificado por Enthoven como de “*guild free choice*”, se caracteriza por el pago por servicio, la práctica solitaria (o de pequeños grupos de especialistas), la libre elección del proveedor, y el pago de los servicios por un tercero. Este sistema funciona bajo la acción de un conjunto de incentivos inflacionarios por la combinación del pago por servicio prestado (*fee for service*) con la demanda —insensible al costo— de enfermos asegurados. Estas condiciones se refuerzan en su presión inflacionaria por otros factores, como una oferta creciente de profesionales que buscan su propia demanda, una cultura profesional que propugna el uso agresivo de la tecnología más avanzada sin considerar el costo de eficacia como una virtud, el crecimiento explosivo de nuevos recursos tecnológicos, las expectativas crecientes de los enfermos y los litigios por mala práctica cuando tales expectativas no se cumplen, y, por último, por el envejecimiento de la población. Enthoven se ha referido a este cuadro como la paradoja del exceso y la carencia.

Una consideración básica de Enthoven es que la competencia y las fuerzas del mercado, en la financiación y provisión de servicios de salud, pueden producir efectos diferentes dependiendo del marco legislativo e institucional dentro del cual operen, reconociendo que dentro de ciertos marcos pueden llevar a la inequidad y a la ineficiencia.

La equidad es entendida por Enthoven como el acceso de todos los miembros de la sociedad a un conjunto mínimo bien definido de servicios, que incluye todas las intervenciones que con costo razonable y de manera eficaz puedan prevenir y curar la enfermedad, aliviar el sufrimiento y corregir las disfunciones. Por costo razonable se entiende que los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con un ingreso medio. Negar un servicio que cumpla las condiciones anteriores sería moralmente inaceptable, de tal manera que no puede ser negado a aquellas personas que no tengan con qué pagarlo; además, ninguna persona debe ser sometida a un descalabro económico por pagar dicho tipo de servicio. Por otra parte, todo servicio que se salga de las características así definidas se considera un lujo discrecional (Enthoven, 1988).

Por asignación eficiente de los recursos para la salud, Enthoven entiende aquella que minimiza el costo social de la enfermedad, incluido su tratamiento. Lo anterior se consigue cuando cada dólar marginal gastado en servicios de salud produce el mismo valor a la sociedad que un dólar gastado en defensa, educación, consumo u otros usos. Los costos relevantes incluyen el sufrimiento e impedimentos de los enfermos, así como los recursos utilizados para producir los servicios. Este concepto de eficiencia no debe confundirse con la disminución o contención del gasto en salud; un nivel de gasto más bajo como proporción del producto interno bruto (PIB) en servicios de salud, no significa necesariamente una mayor eficiencia, ya que puede indicar que los costos se carguen a los individuos, retardándoles o negándoles los servicios (Enthoven, 1988).

Enthoven establece una dependencia directa entre la eficiencia y la equidad, de tal manera que no es posible cubrir a todos si el sistema no se hace más eficiente.

El término competencia es entendido por Enthoven como el proceso que se da dentro de un sistema de seguro de salud universal, cuidadosamente diseñado y manejado, que tiene como bases fundamentales la libre elección de un consumidor consciente del costo y una competencia por precio entre opciones alternativas de financiación y provisión de los

servicios (Enthoven, 1978). El propósito de este diseño es usar la competencia y las fuerzas del mercado para dirigir el sistema de salud hacia la equidad y la eficiencia. La propuesta no pretende crear un mercado libre —de financiación y provisión de servicios de salud—, lo que conspiraría contra la equidad y la eficiencia, sino que especifica una serie de condiciones para que grupos de compradores de seguros y de servicios de salud usen el mecanismo de la competencia, creando incentivos que promuevan la calidad y la economía en la organización y producción de servicios de salud.

El autor de la teoría reconoce que en un mercado libre, sin reglas de juego, compuesto por aseguradores y proveedores en el lado de la oferta, y consumidores individuales en el lado de la demanda, los mecanismos de competencia destruyen la eficiencia y la equidad y dejan a los consumidores individuales inermes. Las estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud incluyen: la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos (que eleva el costo de productos comparables), la discontinuidad en la cobertura, el rechazo al aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la erección de barreras de entrada al mercado (Enthoven, 1988).

## 2. DEFINICIÓN DE LA COMPETENCIA REGULADA

La competencia regulada es una estrategia de compra de servicios para obtener el máximo valor por el dinero que pagan los consumidores. Esta estrategia usa una serie de reglas para la competencia, que gratifican con más clientes e ingresos a aquellos planes de salud que hacen un buen trabajo mejorando la calidad, disminuyendo el costo y satisfaciendo a los usuarios. El juicio acerca de "buen trabajo" lo hacen tanto un agente independiente del usuario y del proveedor como es el patrocinador, armado con información adecuada y con el consejo de expertos, como los usuarios, bien informados y conscientes del costo de los servicios (Enthoven, 1993).

Las condiciones básicas de la propuesta son dos: primero, la protección financiera para todos, y, segundo, la puesta en marcha de esquemas financieros y de organización de los servicios que requieren que el usuario

esté consciente del costo al escoger la entidad que le proveerá los servicios. Por otra parte, se buscan como objetivos primordiales eliminar entre los distintos planes de salud aquellas diferencias que sean distintas del precio, y desviar el centro de atención de la conducta competitiva desde las amenidades y de la calidad subjetivamente percibida por el usuario, hacia el precio y algunas medidas objetivas de la calidad de los servicios.

Las reglas para la competencia deben ser diseñadas y administradas de tal manera que no gratifiquen a los planes de salud que seleccionan el riesgo, que segmentan el mercado, o que de alguna manera no cumplan las reglas de la competencia. Las reglas anteriores pueden darse de mejor forma entre planes de salud que integran la financiación con la provisión, que entre proveedores individuales; su meta es dividir los proveedores de cada comunidad en unidades económicas que compitan entre sí y usar las fuerzas del mercado para motivarlos a desarrollar un sistema eficiente de prestación de servicios.

La competencia regulada es competencia por el precio, pero encarnado este en la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no en el precio que se paga por cada servicio individual. Esta concepción es compatible con la existencia de copagos y costos deducibles en los servicios individuales, que pueden usarse para influenciar la conducta de los usuarios orientándola hacia un uso más racional de los servicios.

Por otra parte, la competencia regulada supone unos agentes compradores de servicios inteligentes y activos que contratan los planes de salud en nombre de un grupo grande de afiliados y que, en forma permanente, observan, estructuran y ajustan el mercado, tendiente por naturaleza a evitar la competencia por precio (tendencia natural a las fallas). A estos agentes se les denomina patrocinadores (*sponsors*).

De modo que, el patrocinador es un agente que actúa como corredor y contrata con un asegurador de salud (idealmente, que combine la financiación con la provisión de los servicios) lo relacionado con los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación, y otras condiciones de la participación de los usuarios. El patrocinador estructura y ajusta el mercado de proveedores —que compiten entre sí— para establecer reglas de equidad, crear una demanda elástica al precio, y evitar una selección de riesgo.

La característica principal de un patrocinador debe ser su motivación única encaminada hacia la meta de conseguir servicios de salud de

la más alta calidad posible para sus beneficiarios, dentro de los fondos disponibles.<sup>2</sup> Los patrocinadores pueden ser de naturaleza gubernamental, privada o mixta.

Resumiendo, los elementos claves para el funcionamiento de esta propuesta son:

i) Un mercado con tres protagonistas, a saber: los patrocinadores, el consumidor consciente del costo, y los aseguradores de salud, que integran las funciones de financiación y provisión de los servicios; y ii) disponibilidad de información relevante acerca de costos y calidades de los servicios.

### 3. FUNCIONES DE LOS PATROCINADORES

Según Enthoven (1993) las funciones básicas que deben cumplir los patrocinadores son:

- i) Establecer las reglas de la equidad: los patrocinadores deben admitir a todo afiliado y los aseguradores deben aceptar a todo afiliado que sea presentado por un patrocinador. Todo afiliado podrá acceder al plan más barato (ya sea subsidiado por su empleador o por el gobierno) y las personas que elijan un plan más caro deberán pagar la diferencia de su propio bolsillo. La cobertura es continua, se cotiza por riesgo comunitario, y no hay limitaciones para la cobertura de preexistencias;
- ii) elegir los aseguradores de salud participantes;
- iii) administrar el proceso de afiliación, constituyéndose en el punto único de entrada a los seguros de salud;
- iv) crear una demanda elástica al precio;<sup>3</sup> y
- v) manejar la selección de riesgo.

2. Ejemplos de los patrocinadores en el sistema de los Estados Unidos son los gobiernos federal y estadual, los grandes empleadores, los sindicatos, y las organizaciones de empresarios y trabajadores para la salud y el bienestar.

3. *Un vendedor afronta una demanda inelástica cuando puede aumentar su ingreso mediante un alza en el precio, y una demanda elástica si aumenta su ingreso al reducir el precio.* Para que los planes de salud tengan un incentivo para bajar los precios, la demanda debe ser tan elástica que el ingreso adicional, ganado al bajar los precios, exceda el costo adicional que implica servir a un mayor número de afiliados.

Para poder conjurar las fallas del mercado y asegurar la competitividad, los patrocinadores deben utilizar una serie de herramientas que son básicamente las siguientes (Enthoven, 1988):

1. La determinación de precios. Se refiere a procesos como el pago de primas por riesgo comunitario, ajuste de riesgos o mecanismos de reaseguro que garanticen que el proveedor no sale perdiendo y que no necesita por tanto practicar la selección de riesgo.
2. Estandarización de los planes de beneficios. Es una homologación de los beneficios ofrecidos por todos los seguros de salud, de tal manera que sean completamente comparables entre sí, lo cual tiene por objeto evitar la selección de riesgo, la diferenciación de productos y la segmentación de mercado.
3. Proceso periódico de afiliación. Existen períodos abiertos de afiliación durante los cuales los usuarios, a través del patrocinador, pueden afiliarse y desafilarse cambiando de asegurador. La elección del seguro la hace cada afiliado individualmente, previa información suministrada por el patrocinador. Esta modalidad evita la selección adversa y entrega a los usuarios la información necesaria para hacer una elección adecuada, así como para abandonar planes de salud que no han satisfecho sus expectativas.
4. Continuidad en la cobertura. La desafilación es tan importante en la selección del riesgo como la afiliación. El patrocinador, mediante los contratos con los seguros, debe garantizar la afiliación permanente.
5. Vigilancia de los planes. Los patrocinadores deben observar el desempeño de cada uno de los seguros, vigilar signos de selección de riesgo, e incluir mecanismos que prevengan tal fenómeno en los respectivos contratos.
6. Garantía de calidad. Existen elementos en la calidad de los servicios que pueden ser adecuadamente percibidos por el usuario individual; sin embargo, existen otros que requieren de conocimiento especializado y de observaciones sistemáticas que deben ser realizadas por el patrocinador; el seguimiento del resultado de los tratamientos, ajustados por riesgo, y los programas de evaluación de tecnologías, se cuentan entre dichas observaciones.
7. Acción pro competencia. Los patrocinadores deben actuar de tal manera que promuevan la entrada de nuevos competidores al mercado.



8. Manejo de subsidios. Un papel clave de los patrocinadores es el manejo de los subsidios, tanto de aquellos que otorga el gobierno a los más pobres como de los subsidios cruzados. El patrocinador nunca contribuirá, en el pago de la prima, con un monto mayor a aquel de la prima más barata.

Aunque las versiones más recientes y refinadas de la teoría de Enthoven están muy orientadas hacia el caso de los Estados Unidos, también ha planteado, en términos generales, la aplicación de su teoría a modelos con una mayor intervención pública, tanto en la financiación como en la administración de los servicios (Enthoven y Kronick, 1989). En este caso, el gobierno suministraría los fondos para financiar el sistema y una agencia gubernamental (nacional o local) actuaría como patrocinador en nombre de todos los usuarios, contratando con diferentes seguros de salud, diseñando y operando un sistema único de evaluación del riesgo y administrando el proceso de afiliación. Todos los seguros de salud tendrían que jugar con un conjunto único de reglas. Tal modelo estaría menos abierto a la innovación que uno cuyos patrocinadores fueran de naturaleza privada, ya que la descentralización del patrocinio con compromiso del sector privado haría más probable y fácil poner a prueba nuevas ideas.

Otra posibilidad es la de crear un sistema de precios administrados, análogo al sistema de pagos prospectivos del *Medicare*; así, los planes de salud recibirían pagos prospectivos, periódicos y fijos, de acuerdo con la composición de riesgo de sus afiliados y basados en grupos de diagnóstico por costo. De esta manera, los planes competirían por calidad y servicio pero no por precio.

#### 4. CRÍTICAS A LA TEORÍA DE LA COMPETENCIA REGULADA

La teoría de la competencia regulada ha sido examinada y criticada desde diferentes puntos de vista que cuestionan su corrección teórica, el apoyo que puede tener en la evidencia empírica, y sus apreciaciones ideológicas. Una primera crítica tiene que ver con la duda o incertidumbre acerca de la capacidad de la propuesta para contener la escalada de los costos (Aaron y Schwartz, 1993; CBO, 1993) y para conjurar las fallas del mercado (Fielding y Rice, 1993). Estas críticas no carecen de sentido, ya que

el mismo autor de la teoría admite que la única manera de poner en orden los gastos en salud es que el gobierno se haga cargo de la financiación y la coloque bajo presupuestos globales firmes, corriendo el riesgo del racionamiento (Enthoven y Kronick, 1989). Por otra parte se ha discutido sobre las motivaciones que puedan tener los patrocinadores para cumplir con sus funciones (CBO, 1993).

Broomberg (1994) ha realizado una revisión de las premisas y evidencias de la teoría, en el contexto de los países en desarrollo. En forma específica ha examinado tres argumentos de quienes propugnan este enfoque, a saber: a) los mercados manejados promueven la competencia entre los proveedores y por tanto mejoran su eficiencia; b) las relaciones contractuales son más eficientes que la administración directa de los servicios, y c) los beneficios de un mercado manejado superan sus costos. El análisis sugiere que tanto los argumentos teóricos como la evidencia empírica, derivada del mercado de servicios hospitalarios, son ambiguos. Así mismo, afirma que las condiciones para la implementación de los mercados manejados (alta competitividad entre los proveedores, información sofisticada, y capacidad de gestión) están ausentes en la mayoría de los países en desarrollo.

Otra crítica ha sido la imposibilidad de aplicar la teoría en áreas geográficas en donde resulta difícil o imposible disponer de varios proveedores, existiendo cálculos de los tamaños de población mínimos que se requieren para que los mecanismos que supone la competencia regulada puedan funcionar (Kronick, Goodman y Wennberg, 1993).

De tipo más ideológico que las anteriores son las críticas que argumentan un supuesto fracaso de las teorías de Enthoven, cuando fueron aplicadas en el sector de la defensa (Waitzkin, 1994). Lo controversial de sus contenidos teóricos y la resistencia que despertó entre los especialistas de defensa, se confrontan con la resistencia que la competencia regulada suscita entre los especialistas del sector salud. La teoría, según los críticos, se fundamenta en la desconfianza en la capacidad de los profesionales de la medicina para tomar decisiones adecuadas, poniendo toda la confianza en los administradores. Por otra parte, se rechaza la validez de la evidencia empírica que argumenta Enthoven, surgida de estudios selectivos de casos y no de ensayos aleatorios.

##### 5. REFORMAS DE SALUD INSPIRADAS EN LA COMPETENCIA REGULADA

Además de las discusiones y críticas que la teoría de la competencia regulada ha suscitado, hay un aspecto que es interesante conocer en forma panorámica. Se trata de la formulación e implementación de reformas de salud en algunos países que han seguido los postulados de esta teoría o, al menos, se han inspirado en ellos. A manera de ilustración, se esbozarán los casos de los Países Bajos, el Reino Unido y de los Estados Unidos.

###### *a) El caso de los Países Bajos*

En 1986, el gobierno de los Países Bajos nombró una comisión, presidida por el doctor W. Dekker, para diseñar estrategias que condujeran a la reforma de la financiación y estructura del sistema de salud. El informe de la comisión apareció en 1987 y dio lugar a una propuesta del gobierno para implementar la reforma en 1988. La esencia de la propuesta contenía tres puntos (OCDE, 1992):

- un esquema uniforme de seguro de salud con cobertura universal;
- la integración de los servicios de salud y otros servicios sociales dentro del mismo esquema, y
- la aplicación de la competencia regulada para determinar la cantidad y precio de los servicios, tanto en el aseguramiento como en la provisión, reemplazando el papel del gobierno en estas materias.

El diseño de la reforma supone un seguro nacional de salud con pagadores múltiples, cuya administración está en manos de aseguradores pagados en forma prospectiva, que compiten entre sí bajo unas reglas fijadas por el gobierno. Todos los ciudadanos deben comprar el seguro mediante una prima ligada al ingreso y colectada por el departamento de impuestos y, además, mediante un pago fijo que se entrega directamente al asegurador elegido por cada persona. El monto de las primas ligadas al ingreso va a un fondo central que lo distribuye luego a los distintos aseguradores, bajo la modalidad de un pago por capitación ajustado por riesgo.

Los aseguradores deben contener los costos y mejorar la eficiencia para competir, y contratan la prestación de servicios con diferentes proveedores que igualmente compiten entre sí (Schut, 1995; Rutten y Van Der Linden, 1994).

La implementación completa de la reforma, que estaba prevista para 1994, no se ha realizado por problemas técnicos y políticos. Entre los primeros, el más importante ha sido la dificultad para ajustar los pagos per cápita y evitar la selección de riesgo. Entre los segundos están las presiones corporativistas de ciertos grupos interesados que no han podido ser vencidas por el Estado; al obstruir el proceso de implementación, los grupos mencionados han provocado paradójicamente un proceso de estatización (Schut, 1995).

#### *b) El caso del Reino Unido*

En el Reino Unido ha funcionado desde 1948 un servicio nacional de salud que, pese a sus éxitos, suscitó a su alrededor una crisis de confianza respecto de su financiación y de su desempeño, a fines de los años ochenta. Tal crisis motivó una iniciativa de reforma, cuya propuesta se concretó en el documento "Working for Patients" en 1989 (OCDE, 1992).

La propuesta se basa en la idea de crear un "cuasi mercado" o un "mercado interno", con la finalidad de mejorar la asignación de recursos. El gobierno trata de mantener el acceso gratuito a un sistema con financiación pública, al mismo tiempo que crea un mercado del lado de la oferta (Maynard, 1991; Le Grand, 1991). Los cambios tienden a crear un sistema de contratación de servicios junto con una competencia regulada en el lado de la oferta, buscando mejorar la eficiencia sin reducir la equidad (OCDE, 1992).

La financiación del sistema sigue proviniendo de los impuestos generales, sin cargo para los usuarios. Se propone una separación de las funciones de compra y provisión de los servicios hospitalarios, mediante el mecanismo de la contratación. Las autoridades distritales de salud (ADS) se convierten en los principales compradores de servicios hospitalarios, y a algunos médicos se les transfieren fondos para que se constituyan también en compradores. Al mismo tiempo se libera a ciertos hospitales, que tengan capacidad de gestión, del control de las ADS para que adquieran autonomía (OCDE, 1992).

La implementación de la reforma se demoró hasta 1991 y un juicio sobre sus resultados parece prematuro, máxime si se tiene en cuenta que una evaluación con el debido rigor científico es muy difícil. Sin embargo, pueden mencionarse algunos avances (Feachem, 1996):

- La administración de fondos por los médicos ha despegado y se espera que cubra al 50% de la población en 1996; se ha visto que estos médicos actúan como catalizadores haciendo que los hospitales respondan mejor a los usuarios, han demostrado ser sensibles a los costos, han desarrollado nuevos servicios de atención primaria, y nuevas formas de administrar los fondos. No se ha evidenciado el fenómeno de selección de riesgo, que puede estar latente.
- Los hospitales en fideicomiso han mostrado signos de transformación en empresas y de adaptarse a grados diferentes de competencia, adquiriendo una clara conciencia de los costos de capital.
- Se ha hecho evidente un aumento en los costos de transacción.

Pese a ello, no han dejado de oírse voces que tratan de descalificar la posibilidad de éxitos de esta reforma (Lee y Etheredge, 1989; Vall-Spinosa, 1991; Holland y Graham, 1994).

### c) El caso de los Estados Unidos

En 1993, el presidente Clinton presentó oficialmente su propuesta de reforma al sistema de salud: *The President Health Security Plan, The Clinton Blueprint* (Clinton, 1993). Debe recordarse que este punto fue uno de los cuatro fundamentales planteados por el presidente en su campaña.

La propuesta busca resolver las deficiencias en la cobertura y la escalada de costos mediante dos acciones estratégicas: promover la competencia en el mercado, y establecer una nueva fuerza de regulación por parte del gobierno. Además de ofrecer subsidios estatales para las compañías e individuos que en el escenario prevaleciente no tenían capacidad de acceder a los seguros privados, se propone un sistema de cooperativas o "alianzas de salud" administradas por los estados, que tienen como función comprar el seguro.

Las alianzas, bajo normas federales, fijarían los patrones para los planes de salud y se encargarían de ofrecer a los consumidores un conjunto

de planes que ofrecerían el mismo plan de beneficios. Los diversos planes de salud (constituidos por grupos de médicos y hospitales, que pueden ser organizados por aseguradores) deberán competir por los usuarios en base a precio y calidad. Con el fin de supervisar las tendencias nacionales de gasto, de determinar los patrones nacionales para la atención y los beneficios requeridos, se propone un poderoso consejo nacional de salud, que correspondería a la parte regulatoria del modelo (Clinton, 1993).

Como es bien sabido, esta propuesta fue derrotada en el Congreso por diversos motivos, principalmente políticos y de intereses que se verían afectados, los que han sido ampliamente analizados (Feingold, 1995). Pese a lo anterior, en los Estados Unidos se mantiene un interés por la reforma y existen iniciativas, como las que han servido a Enthoven para apoyar su teoría, que prometen cambiar el sistema vigente. La tendencia central de la reforma es el aumento en la cobertura de los planes de salud que funcionan bajo la concepción de "atención administrada" (*managed care*), que ha demostrado su capacidad para contener los costos y mejorar la accesibilidad, sin deterioro de la calidad de los servicios (Ellwood y Lundberg, 1996).

Los conceptos que se han examinado aquí han servido de base para la formulación de la reforma del sector salud en Colombia, como se verá en las partes subsiguientes.

#### IV. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA

En esta parte del trabajo se examinarán las motivaciones locales que han existido para impulsar una reforma del sector salud en Colombia, las cuales han operado en conjunto con las tendencias internacionales que se examinaron en la primera parte. Asimismo, se hará un recuento de los principales hitos en el avance del proceso reformista.

##### 1. MOTIVACIONES LOCALES PARA LA REFORMA

En dos podrían resumirse las motivaciones que han impulsado en Colombia un proceso de reforma del sector salud. La primera tiene que ver con los procesos de ajuste macroeconómico y de apertura de la economía,

tal como se mencionó anteriormente. Estos procesos se concretaron en las reformas que introdujo la administración presidencial del período 1990-1994, y que exigieron —como consecuencia lógica— una reforma del sistema de seguridad social entonces vigente.

La segunda motivación se deriva de un análisis del sector, en sí mismo. Las grandes tendencias universales en la formulación de políticas de salud, expuestas en la primera parte, han tenido en Colombia sus repercusiones y sus manifestaciones específicas, y las consideraciones que allí se hicieron son aplicables al caso colombiano, en mayor o menor grado.

Del análisis específico del sector salud en Colombia surgen tres grandes inquietudes que apuntan a la necesidad de una reforma: en primer lugar, la inconveniencia de mantener tres modalidades coexistentes de asignación de recursos y de organización de la provisión de los servicios; en segundo lugar, la factibilidad financiera de lograr una cobertura universal, al modificarse las modalidades de asignación y provisión; en tercer lugar, los resultados inaceptables de las modalidades vigentes.

El primer punto que se debe explicar, para poder comprender mejor el proceso colombiano, es la coexistencia tradicional de tres modalidades dentro de la financiación y organización de los servicios de salud. En efecto, pueden distinguirse tres subsistemas: el privado, el público y el de la *seguridad social*.

Sin duda, el subsistema privado es el más antiguo; guiado por un régimen de demanda, su cobertura fue disminuyendo a medida que pasó el tiempo y que la sofisticación tecnológica y el costo de los servicios fueron aumentando, a la par que el Estado y el mecanismo de seguridad social fueron asumiendo funciones en el sector salud.

Por otra parte, el subsistema público, guiado por el régimen de oferta, fundamentado en el concepto de "asistencia pública" y orientado hacia los pobres, tiene como punto de origen el establecimiento de un Ministerio de Higiene, en 1946. Pero su desarrollo reconoce dos hitos importantes en el diseño del plan hospitalario nacional en 1968, y en la formulación de un sistema nacional de salud, en 1975. El diseño del sistema nacional de salud es un primer intento para unificar, mediante normas técnicas e integración funcional de las instituciones, los tres subsistemas mencionados. Al mismo tiempo, confiere al Estado la responsabilidad central de la financiación y provisión de los servicios.

El subsistema de la seguridad social, orientado igualmente por el régimen de oferta, surgió en Colombia como un "seguro social" inspirado en el modelo desarrollado por Bismarck en Alemania, en 1883, y en la concepción más amplia y moderna de "seguridad social", desarrollada en el Informe Beveridge, en el Reino Unido en el año 1939. Este sistema, financiado mediante un gravamen a los salarios, fue concebido para el sector moderno y formal de la economía, y muchos de sus problemas en Colombia se derivan de esta concepción (Malloy, 1985).

La formalización del mecanismo de seguridad social ocurrió a mediados de la década de 40, mediante la dictación de dos leyes: la ley 6, de 1945, que creó la Caja de Previsión Social para los empleados públicos, y la ley 90, de 1946, que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales para los trabajadores del sector privado (Rengifo, 1982).

Tal como se ha expuesto, un primer problema básico que enfrenta la corriente reformista en Colombia es la coexistencia en los distintos subsistemas de tres criterios diferentes para asignar los recursos destinados a los servicios de salud: el que emana del poder de compra (subsistema privado), el que se orienta a la protección de los ciudadanos económicamente activos (subsistema de la seguridad social) y el de la necesidad de atención de la pobreza (subsistema público). La asignación de recursos determinada por estos tres criterios da origen a los tres subsistemas o sectores institucionales: todos ellos con recursos desiguales, organización diferente de los servicios, y enfocados hacia grupos de población distintos, a pesar de lo cual una parte importante de la población permanece sin cobertura. Este cuadro no solo refleja una seria situación de desigualdad sino que la refuerza continuamente (Frenk, 1991).

Para tener una idea de la magnitud de los tres sectores, en relación con la prestación de los servicios de salud, puede ser útil presentar los siguientes datos (Molina, Rueda y Giedion, 1993):



## PRESTACIONES DE SALUD POR SECTOR

*(En porcentaje)*

	Público	Seguridad social	Privado
Consulta externa	25.0	13.5	48.0
Hospitalización	30.6	13.9	32.0
Maternidad	35.7	18.5	17.0
Cirugía	27.6	17.0	39.0
Odontología	15.4	8.1	71.0

En forma general, el sector público proporcionaría el 27% de los servicios, la seguridad social el 14%, y el 59% de los servicios los prestaría el sector privado.

En relación con los recursos financieros, la metodología de cuentas nacionales de salud, aplicada para el año 1993, muestra que Colombia gasta el 7.3% del PIB en servicios de salud. De este gasto, el 27% corresponde a las erogaciones del gobierno; el 26% a las contribuciones que hacen los empleadores y los trabajadores a la seguridad social y el 41% corresponde a gasto de bolsillo de los hogares. El total gastado por los hogares en servicios de salud, si se suma el gasto de bolsillo y las contribuciones a la seguridad social, alcanza al 55% del gasto total en servicios de salud (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

Las cifras anteriores, contrastadas con la proporción de servicios que provee cada sector, demuestran dos cosas importantes: en primer lugar, la inequidad en el gasto entre el sector público y el de la seguridad social, y en segundo lugar, la importancia del gasto y de la provisión de los servicios privados. Por otra parte, demuestra que Colombia, comparada con otros países, gasta una cantidad considerable de recursos financieros en salud. Una segunda idea que alimenta la corriente reformista es un cálculo crudo que demostraría que los anteriores recursos, asignados y organizados de forma diferente, serían suficientes para conseguir una cobertura universal.

La tercera consideración para apoyar la necesidad de una reforma, surge de los resultados que la situación que se viene analizando ha producido respecto a los objetivos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios.

En relación con la cobertura, que es un resultado lógico de la equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos, deben considerarse dos problemas: la cobertura poblacional de los servicios, y la cobertura de un sistema de aseguramiento. Los datos disponibles permiten afirmar que un 30% de la población aún no está cubierta por los servicios básicos de promoción y prevención, que tradicionalmente han estado a cargo del sector público (Restrepo, 1994). En cuanto a los servicios de atención médica, el 19.2% de las personas que los requieren declaran no tener acceso a ellos; la anterior proporción crece al 40% de las personas, entre los enfermos, pobres y no asegurados, que viven en el área rural (Molina, Rueda y Giedion, 1993; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

La cobertura del sistema de aseguramiento adquiere importancia si se considera que el 50% de las personas que no tienen acceso a los servicios, aducen como causa de esta situación la imposibilidad de pagarlos. En Colombia, la fuente más importante de aseguramiento en salud ha sido el mecanismo de la seguridad social, ya que los seguros privados han tenido una cobertura marginal.<sup>4</sup> Para 1990, solo el 20.9% de la población total del país —y el 27.6% de la población económicamente activa— estaba cubierta por el sistema de seguridad social, que de esta forma solo cubría a cerca de 7 millones de beneficiarios. El progreso en la cobertura ha sido muy lento, si se observan los mismos índices anteriores del año 1970, cuando el sistema cubría al 7.5% de la población total y el 21.1% de la población económicamente activa, con un total de 1.5 millones de beneficiarios (DANE, 1993). La falta de aseguramiento adquiere características muy serias entre la población pobre del sector rural, donde esta situación caracteriza al 80% de las personas (Universidad Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

En relación con la equidad, también existen problemas evidentes en las condiciones de salud de la población (Restrepo, 1994; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996) y en el acceso a los servicios, como queda claro después del análisis que se ha hecho de la cobertura. En este último aspecto, es evidente la inequidad en la asignación de los recursos por grupos de población, por regiones, y entre los

4. El aseguramiento de tipo privado se da mediante pólizas de seguros de indemnización y bajo la modalidad de planes de medicina prepagada, que comenzaron a surgir en los años ochenta y que para 1990 cubrían, aproximadamente, a un millón de personas.

diferentes tipos de servicios (curación *versus* promoción y prevención, y primer nivel de atención *versus* servicios hospitalarios con altos niveles de complejidad tecnológica). Tal inequidad se da entre los tres sectores considerados y al interior de los sectores público y de la seguridad social (Restrepo, 1994; Restrepo y Ramírez, 1994; Molina, Rueda y Giedion, 1993). Al considerar la equidad es importante hacer una consideración especial sobre el sector de la seguridad social.

Los problemas del sistema de seguridad social en Colombia son comunes a los analizados como propios de los sistemas de seguridad social en toda América Latina (Mc Greevey, 1990; Mesa-Lago, 1990), y han sido revisados específicamente para el caso colombiano (Restrepo y Ramírez, 1994). Tales análisis resumen en cuatro los problemas de los sistemas de seguridad social, a saber: la inequidad, los problemas de gestión de las instituciones, y las distorsiones macroeconómicas y microeconómicas que se ocasionan. En resumen, el sistema se fundamenta en un gravamen sobre los salarios que constituye una base impositiva muy estrecha y con rasgos regresivos, combinado con generosos beneficios que consisten principalmente en servicios especializados y hospitalarios de alta tecnología, que la población en edad de trabajar —saludable por definición— y sus hijos deberían utilizar solo raramente.

De este modo, la naturaleza de la financiación del sistema de seguridad social determina una baja cobertura poblacional, la que a su vez genera inequidad en el acceso a los servicios e ineficiencia en la asignación de los recursos. La inequidad en el acceso —que se refleja en desiguales condiciones de salud de las personas— se manifiesta en las diferencias entre las áreas urbanas y las rurales, entre las distintas regiones, entre grupos laborales y entre grupos de ingreso. La ineficiencia se manifiesta en la forma como se asignan los recursos entre las actividades de promoción y prevención, y las actividades curativas.

El sector público se encarga de las actividades de promoción, prevención y atención básica, centrándose fundamentalmente en los pobres. Por su parte, la seguridad social se orienta a los sectores medios con énfasis en la atención curativa, privilegiando los servicios hospitalarios de alta complejidad tecnológica, rasgos que tiene en común con los servicios privados que son utilizados por los estratos más altos.

Otro problema manifiesto del sector salud es la ineficiencia técnica de sus instituciones, tanto en el plano directivo como de prestación de servicios. En el ámbito de la gestión macroeconómica del sector, ha sido

evidente la poca capacidad de previsión, la inestabilidad directiva y la confusión entre las funciones de gestión estratégica y gestión operativa. En lo que respecta a las entidades prestadoras de servicios existe una gran debilidad en los sistemas de gestión, que afecta a casi todas las instituciones de los tres sectores considerados y que, sumada a problemas crónicos de desfinanciación, alteran su productividad.

Una encuesta recientemente realizada a nivel nacional entre instituciones hospitalarias de los tres sectores demostró que, globalmente, los hospitales del país podrían entregar un 30% más de servicios que los actualmente ofrecidos. Aunque se registran rendimientos diversos, la productividad tiende a aumentar con la complejidad tecnológica de que sea capaz la institución y con el aumento del tamaño de la población a la cual sirve (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

En relación con la calidad de los servicios, no existe una evaluación sistemática de este factor, ni tampoco se ha desarrollado en el país una disciplina al respecto. Existen esfuerzos aislados para crear una cultura de la calidad en ciertas instituciones, y para medir sus resultados. Sin embargo, la evidencia anecdótica y la opinión pública generalizada indican que existen serios problemas en la calidad de los servicios ofrecidos, y una fuerte insatisfacción de los usuarios al respecto.

## 2. LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Luego de la reforma de 1975, que diseñó el sistema nacional de salud, el ímpetu reformista desapareció hasta 1990 cuando se dicta la ley 10, mediante la cual se ordena la descentralización administrativa y financiera del sector público. Esta ley fue complementada, dentro del mismo espíritu descentralizador, con las disposiciones de la nueva Constitución, promulgada en 1991, y por la ley 60 de 1993, que fija las competencias y recursos de los sectores sociales, a nivel nacional, departamental y municipal.

La Constitución de 1991 declara que los servicios de seguridad social y de salud son servicios públicos y los instituye como derechos irrenunciables de todos los ciudadanos. Se encarga al Estado la dirección y coordinación de ellos, pero se admite la participación privada en la prestación de los servicios y establece su organización en forma descentralizada.

La Constitución hace expreso el deber que tiene toda persona de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (República de Colombia, 1991).

La ley 60 asigna a los municipios la responsabilidad fundamental del servicio de salud en el primer nivel de atención, y a los departamentos igual cometido en el segundo y tercer nivel. Aumenta las transferencias nacionales a los municipios y departamentos, y establece fórmulas —relacionadas con las necesidades de las diferentes localidades— para repartir dichas transferencias.

No existe una evaluación sistemática y globalmente comprensiva del avance en el proceso de descentralización del sector público, y de su impacto en la equidad y en la eficiencia. Sin embargo, algunos estudios parciales y la evidencia anecdótica denotan serios problemas en el proceso de descentralización. En general, el proceso de implementación de la descentralización ha sido muy lento, disparejo por regiones y desigual en sus logros; además, ha faltado control social de su funcionamiento (Banco Mundial, 1994; DNP, 1995; Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

Un primer problema que se ha detectado ha sido que una gran mayoría de los municipios no han asumido las funciones que les asigna la ley. En efecto, un 95% de los municipios, de una muestra estudiada, no han asumido a plenitud sus competencias. Como causa de este hecho se ha argumentado la falta de claridad de las disposiciones, incoherencias entre las normas sectoriales y las que ordenan la descentralización, colisiones de competencia entre los departamentos y municipios, y algunas exigencias de la ley que desconocen la realidad municipal, tanto en sus posibilidades financieras como en su capacidad de gestión.

Desde el punto de vista institucional, se han establecido secretarías de salud en todos los departamentos y en el 75% de los municipios. Sin embargo, el proceso de certificación, mediante el cual el Ministerio de Salud autoriza el manejo descentralizado, solo se ha cumplido en la mitad de los departamentos y en unos pocos municipios. Una dificultad importante para realizar este proceso ha sido la imposibilidad de liquidar el pasivo por concepto de prestaciones impagas de las instituciones, para que los municipios las asuman saneadas.

Desde el punto de vista financiero, se ha registrado una baja ejecución de las transferencias nacionales a los municipios, de tal manera que en el 74% de los municipios estudiados la transferencia fue menor del

25% que obliga la ley 60; el fenómeno anterior se debe a problemas de reglamentación, y ha tenido como efecto el que los recursos para la salud sean trasladados a otras actividades.

Se han analizado los casos de éxito en el proceso de la descentralización y se ha visto que hay factores que lo explican, como el compromiso de la clase política, la suficiencia de recursos financieros, la estabilidad de los equipos directivos, y la existencia de metas de carácter técnico. Así mismo, se han detectado factores que explican los fracasos, tales como la poca capacidad técnica, la falta de motivación de los funcionarios locales, los desacuerdos políticos (sobre todo entre el nivel departamental y el municipal), los déficit financieros y la ausencia de sistemas de gestión.

Además del impulso hacia la descentralización, el ímpetu reformista del sector salud se manifestó, en el año 1991, con ocasión de la iniciativa de una reforma del sistema de seguridad social. La iniciativa incidía fundamentalmente en el área de las pensiones, que constituía el punto de interés central del gobierno. Sin embargo, hubo presiones provenientes de los sindicatos, de sectores parlamentarios y de los tecnócratas del sector para que el tema de la salud fuera incluido en la reforma.

Así, durante los años 1991 y 1992 se avanzó en las discusiones que llevaron a consensos suficientes para que el gobierno presentara al parlamento un proyecto de ley, en mayo de 1993; este proyecto fue aprobado y sancionado por el presidente de la República el 23 de diciembre de ese año, como ley 100 de 1993. La entrada en vigencia de la ley se fijó para el 1 de enero de 1995.

Se han analizado en esta parte las motivaciones locales para impulsar una reforma del sector salud en Colombia, y se han relatado los principales pasos que condujeron a la formulación de una reforma del sistema de seguridad social. En la parte siguiente, se explicará el marco jurídico de la reforma y las características del modelo adoptado.

## V. LA REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

### 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los objetivos generales de la reforma son: lograr la cobertura universal de un mecanismo de seguro de salud que garantice el acceso a los servicios, promover la eficiencia en la provisión, y mejorar la calidad de los servicios. Para alcanzar dichos objetivos se utilizan dos grandes herramientas estratégicas: un seguro de salud obligatorio para lograr la cobertura universal, y la competencia regulada para mejorar la eficiencia en la provisión, contener los costos, mejorar la accesibilidad, y aumentar la calidad de los servicios.

El sistema funciona en la forma siguiente: todo individuo está obligado a afiliarse a una empresa promotora de salud (EPS) —que puede elegir libremente— mediante un pago (una cotización derivada de un gravamen sobre los salarios, o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público). Tal pago lo hace acreedor, a él y a su familia, a un plan de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS). Los pagos de los afiliados pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantía (FSG), y por cada una de las personas afiliadas cada EPS recibe del FSG una suma fija de dinero que cubre el costo promedio del POS; esta suma se denomina unidad de pago por capitación (UPC).

El FSG tiene por objeto realizar la compensación entre personas con distintos ingresos y riesgos, administrar la solidaridad entre los que contribuyen y los pobres, cubrir ciertos riesgos derivados de eventos catastróficos y de los accidentes del tránsito. Las EPS tienen como funciones afiliar a las personas, recaudar las cotizaciones, y organizar y administrar la prestación de los servicios comprendidos en el POS. Los servicios que requieran los afiliados pueden ser provistos directamente por las EPS (a través de una red propia de proveedores), por instituciones prestadoras de servicios (IPS), o por profesionales con los que cada EPS establezca contratos.

## 2. LA FINANCIACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA

Para la financiación y administración del sistema coexisten en forma articulada un régimen contributivo y un régimen de subsidios, que se vinculan mediante el FSG. Es conveniente aclarar que los subsidios se otorgan por la vía de la demanda, en consonancia con la libertad de elección que cada individuo puede ejercer en relación con la EPS; de esta manera se busca que el dinero siga al usuario.

### *a) El régimen contributivo*

Se denomina régimen contributivo el conjunto de normas que rigen la afiliación de los individuos al sistema cuando la vinculación se hace a través del pago de una cotización, ya sea directamente por parte del afiliado o en concurrencia de este y su empleador. Entre este grupo de personas se encuentran las vinculadas por contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

La cotización obligatoria equivale al 12% del salario base, el cual no puede ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización son de cargo del empleador, y una tercera parte del trabajador. Un punto de esta cotización es trasladado al FSG para contribuir al régimen subsidiado. Para efectos del cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, existe un sistema de presunción de ingreso con arreglo al nivel de educación, la experiencia laboral, la actividad económica, la región de proveniencia, y el patrimonio de cada individuo.

Las EPS, por delegación del FSG, recaudan las cotizaciones de los afiliados y de cada una de ellas descuentan el valor de la UPC y trasladan al FSG la diferencia; en caso de que el valor de la UPC sea mayor que la cotización individual, el FSG cancela la diferencia a la EPS.

### *b) El régimen subsidiado*

Se llama así el conjunto de normas que rigen la afiliación al sistema cuando esta se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total



o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. Es beneficiaria de este régimen toda la población que no tiene capacidad de cotizar por sí misma, condición que se define mediante criterios como la capacidad económica, el nivel educativo, el tamaño de la familia, y la situación sanitaria y geográfica de la vivienda. Para identificar a los beneficiarios y focalizar los subsidios se ha diseñado un sistema llamado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN). Las personas que cumplan los requisitos establecidos en el SISBEN se inscriben en la dirección de salud correspondiente, la cual califica la condición de beneficiario. El régimen se financia con recursos fiscales del orden nacional y local, y con los recursos de solidaridad del FSG.<sup>5</sup>

Las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud suscriben contratos de administración del subsidio con las EPS que afilien a los beneficiarios del subsidio; esta contratación se realiza mediante concurso y se rige por el régimen privado.

### *c) El Fondo de Solidaridad y Garantía*

El Fondo de Solidaridad y Garantía es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud que se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia. La utilización y distribución de sus recursos se hace de acuerdo con criterios fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS).

El fondo tiene las siguientes subcuentas independientes: i) de compensación interna del régimen contributivo; ii) de solidaridad con el régimen subsidiado; iii) de promoción de la salud, y iv) del seguro de riesgos catastróficos y accidentes del tránsito.

5. Las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: i) quince puntos de las transferencias de inversión social destinadas a la salud, que la nación hace a los municipios (artículo 22, ley 60 de 1993); ii) recursos provenientes de ECOSALUD (empresa nacional de juegos de azar), y recursos propios de los departamentos y municipios que se destinen a este fin; iii) recursos del situado fiscal y de las rentas cedidas a los departamentos, para financiar las intervenciones del segundo y tercer nivel; iv) recursos provenientes del FSG; v) el 15% de los recursos adicionales que a partir de 1997 reciban los departamentos, distritos y municipios, como participaciones y transferencias por concepto del impuesto de renta sobre la explotación petrolera de Cupiagua y Cusiana.

Los recursos de la subcuenta de compensación del régimen contributivo, provienen de la diferencia entre el ingreso por cotización individual y el valor de la UPC, que se le reconoce a la EPS por cada uno de sus afiliados. La subcuenta de solidaridad con el régimen subsidiado —que cofinancia los subsidios que otorgan los entes territoriales— recibe los recursos de solidaridad y los aportes fiscales del orden nacional.<sup>6</sup>

La subcuenta de promoción de la salud se financia mediante una proporción de los recaudos por cotizaciones del régimen contributivo, que no puede ser superior a un punto de tal cotización; estos recursos son complementarios de las erogaciones que haga el Ministerio de Salud para este efecto. Los recursos de esta subcuenta se pueden destinar al pago de las actividades que realicen las EPS en esta materia. La subcuenta de eventos catastróficos y accidentes del tránsito, se financia con los recursos del seguro obligatorio de accidentes del tránsito y con recursos fiscales del orden nacional.<sup>7</sup>

De esta manera, el FSG actúa como el principal ente asegurador del sistema y la UPC funciona como una prima de seguro que reciben las EPS. Las EPS, a su vez, cumplen también una función aseguradora ya que se comprometen a entregar un plan de beneficios por una suma fija, asumiendo así un riesgo; debe mencionarse que el sistema reconoce la

6. Los recursos de la cuenta de solidaridad del FSG son los siguientes: i) un punto de la cotización del régimen contributivo; ii) los recursos que las cajas de compensación familiar destinen a los subsidios de salud; iii) un aporte del presupuesto nacional, regulado de la siguiente forma: en el período 1994-1996 no será inferior a los recursos indicados en los puntos i) y ii), y a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos indicados en el punto i); iv) los rendimientos financieros generados por la inversión de los anteriores recursos; v) los rendimientos financieros de la inversión de los ingresos derivados de la enajenación de las acciones y participaciones de la nación en las empresas públicas o mixtas que se destinen a este fin por el Consejo Nacional de Política Económica y Social; vi) los recursos provenientes del impuesto sobre remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua; vii) los recursos del impuesto al valor agregado (IVA) social destinados a la ampliación de cobertura a las denominadas 'madres comunitarias' del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; viii) los recursos provenientes del impuesto al porte de armas, a las municiones y explosivos, a partir de 1996.

7. La subcuenta de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito se financia con los siguientes recursos: i) los recursos del Fondo Nacional del Seguro de Accidentes de Tránsito; ii) una contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, que se cobrará en adición a ella; iii) los aportes presupuestarios para las víctimas del terrorismo, correspondientes al Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia, cuando este se extinga.

posibilidad de ajustar la UPC. Las EPS pueden utilizar el sistema de reaseguro para eventualidades de alto costo. La forma como las EPS pagan los servicios prestados no está regulada por la ley, y constituye uno de los factores de competencia entre ellas.

Además de la UPC, el sistema reconoce los copagos y las cuotas moderadoras. Los primeros funcionan como gastos deducibles que ayudan a financiar el sistema, y los segundos tienen por objeto racionalizar el uso de ciertos servicios.

### 3. LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La función de administración y organización de los servicios está a cargo de las empresas promotoras de salud (EPS) que, además, son responsables de la afiliación y registro de los afiliados, y del recaudo de las cotizaciones. Las EPS compiten entre sí por conseguir afiliados y estos tienen el derecho de elegir libremente a cuál EPS se afilian y a cambiarse en caso de insatisfacción.

Las EPS pueden tener naturaleza pública, privada, o mixta y su funcionamiento es autorizado por la Superintendencia Nacional de Salud, previo el cumplimiento de requisitos que tienen que ver con su capacidad administrativa, un número mínimo y máximo de afiliados, la acreditación de un margen de solvencia, y la disponibilidad de un capital social o fondo social mínimo que garantice la viabilidad económica y financiera de la entidad.

Son funciones de las EPS: promover la afiliación, captar los aportes, organizar la forma y los mecanismos de acceso de los afiliados a los servicios de salud, girar al FSG la diferencia entre el ingreso por cotizaciones y el valor de la UPC, y pagar los servicios que reciban sus afiliados a las instituciones —IPS— o a los profesionales que los presten.

Para garantizar el acceso de sus afiliados al POS, las EPS pueden prestar directamente los servicios o pueden contratarlos con las IPS o con profesionales, buscando convenir formas que incentiven las actividades de promoción y prevención, y el control de costos; las EPS deben ofrecer a sus afiliados alternativas de IPS y profesionales. Cuando una IPS sea propiedad de una EPS, la primera tiene autonomía técnica, financiera y administrativa, dentro de un régimen de delegación o vinculación que garantice un servicio más eficiente.

Las EPS no pueden rechazar a ningún afiliado, ni terminar con él la relación contractual; tampoco pueden establecer acuerdos que tengan por objeto impedir el ejercicio de la libre elección dentro del sistema. El gobierno puede establecer parámetros de eficiencia y fijar límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

#### 4. LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de los servicios está a cargo de las instituciones prestadoras de servicios (IPS) o de profesionales de las distintas disciplinas de la salud. Estas instituciones y los profesionales tienen autonomía administrativa, técnica y financiera, y les está prohibido hacer cualquier tipo de acuerdo que impida la libre competencia. Las IPS obtendrán su acreditación previo el cumplimiento de los requisitos que fija el Ministerio de Salud.

Las instituciones públicas de prestación de servicios de salud se convierten en empresas sociales del Estado, que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En materia contractual se rigen por el derecho privado, las personas vinculadas a ellas tienen el carácter de empleados públicos, y adoptan un régimen de presupuestación basado en un sistema de reembolso contra prestación de servicios. Pueden recibir transferencias de los presupuestos de la nación y de las entidades territoriales, y se someten al régimen impositivo de los establecimientos públicos.

#### 5. LOS PLANES DE BENEFICIOS

El sistema reconoce varios planes de beneficios: el plan obligatorio de salud (POS), la atención de urgencia, el plan de atención básica, y los planes complementarios. Además existe el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, que no será explicado en este documento.

El POS es un conjunto de prestaciones de salud de distinta naturaleza y grado de complejidad que garantiza la atención integral de toda clase de afecciones. Se ha diseñado y puede modificarse de acuerdo a la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible, y las

condiciones financieras del sistema. Inicialmente se ha establecido un POS para el régimen contributivo y otro para el régimen subsidiado. Para los afiliados subsidiados el POS incluye intervenciones que —para comenzar— corresponden al primer nivel de atención, por un valor equivalente al 50% de la UPC del sistema contributivo; los servicios de segundo y tercer nivel se irán incorporando progresivamente, de acuerdo con su aporte a los años de vida saludable, de manera tal que el contenido del POS sea igual para los regímenes contributivo y subsidiado antes del año 2001. Durante el período de transición, los afiliados del régimen subsidiado obtendrán los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos.

El sistema no discrimina las enfermedades preexistentes, pero se prevén períodos mínimos de cotización para el acceso a servicios de alto costo, períodos que no podrán exceder las 100 semanas, de las cuales al menos 26 deberán haber sido pagadas en el último año.

El plan de atención básica, que complementa el POS, contiene servicios comunitarios y personales con externalidades, por lo cual es gratuito, obligatorio y financiado con recursos fiscales del gobierno nacional, complementados con recursos de los entes territoriales.

La atención inicial de urgencia se debe prestar obligatoriamente por cualquier institución, independientemente de la capacidad de pago del usuario, y será reembolsada por el FSG en casos de accidente del tránsito y de catástrofes, o por las EPS en otros eventos.

Las EPS pueden ofrecer planes complementarios del POS, financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos de las cotizaciones obligatorias. Asimismo se permiten los seguros por indemnización.

Para los afiliados al régimen contributivo se reconoce el pago de incapacidades generadas por enfermedad; las incapacidades por accidentes del trabajo o enfermedades profesionales serán reconocidas por las EPS, y se financiarán con recursos destinados al pago de dichas contingencias en el respectivo régimen. El FSG, mediante su subcuenta de compensación, pagará a las EPS la licencia por maternidad de sus afiliadas.

## 6. LA DIRECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DEL SISTEMA

El sistema funciona bajo la orientación, normativa, supervisión, vigilancia y control del gobierno nacional y del Ministerio de Salud; adscrito al

Ministerio, se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSS) como organismo de dirección del sistema. El CNSS está conformado por miembros del gobierno, representantes de los empleadores, de los trabajadores, de las EPS, de las IPS, de los profesionales de la salud y de las asociaciones de usuarios del sector rural.

Las funciones del CNSS son: definir el contenido del POS, el monto de las cotizaciones, el valor de la UPC, el valor del subsidio por cada beneficiario, los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado, el régimen de copagos y pago de incapacidades; arbitrar medidas para evitar la selección adversa; recomendar los criterios para establecer las tarifas de los servicios de urgencia, accidentes del tránsito y catástrofes; y ejercer las funciones de consejo de administración del FSG.

Son funciones del Ministerio de Salud: formular y adoptar las políticas, estrategias, programas y proyectos para el sistema; dictar normas científicas para regular la calidad de los servicios y el control de los factores de riesgo; expedir normas administrativas; formular y aplicar los criterios de evaluación de eficiencia en la gestión; ejercer la supervisión, vigilancia y control de las entidades e instituciones; reglamentar la recolección, transferencia y difusión de la información del sistema.

Las entidades territoriales de los niveles departamental, distrital y local pueden crear un Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud que asesore en la formulación de planes, estrategias, programas y proyectos de salud, y en la orientación de los sistemas territoriales que desarrollen las políticas definidas por el CNSS.

La Superintendencia Nacional de Salud ejerce las funciones de inspección, control y vigilancia de las EPS, con capacidad para dictar sanciones.

## VI. LA REFORMA DE LA SALUD EN COLOMBIA Y LA COMPETENCIA REGULADA

En esta parte del trabajo se intentará un análisis que distinga cuál es el papel del Estado en el nuevo modelo de seguridad social en salud adoptado en Colombia. Asimismo, se examinará en qué medida sus anteriores funciones y articulación operativa son compatibles con los postulados de la teoría de la competencia regulada.

### 1. EL PAPEL DEL ESTADO

Las posibles funciones o intervención del gobierno en un sistema de salud, se han resumido en cinco acciones: ordenar, regular, informar, financiar, y proveer los servicios (Musgrove, 1996). Por ordenar se entiende la acción de obligar a alguien a hacer algo y, generalmente, a pagar por ello. Por regular se entiende determinar cómo deben conducirse las acciones de los agentes privados. Y por informar debe entenderse el suministrar información capaz de influir en la conducta de las personas o las instituciones, tratando de persuadirlas en algún sentido.

Todas las funciones que se acaban de mencionar están comprendidas dentro del nuevo sistema de seguridad social adoptado por Colombia. La principal ordenación contenida en la ley 100 es la obligatoriedad de afiliarse al sistema, y la existencia de gravámenes y concesión de subsidios para lograr tal efecto. Hay dos tipos de gravámenes, el que se aplica sobre los salarios de quienes tienen contrato de trabajo, y el que deben pagar los trabajadores independientes, de acuerdo con una presunción de ingresos. Por otra parte, se conceden subsidios de origen fiscal, total o parcialmente, a quienes no tienen capacidad de contribuir; además, se establecen subsidios de cargo de los empleadores, y subsidios cruzados de dos tipos: el primero entre quienes tienen capacidad contributiva, mediante el mecanismo de compensación que realiza el FSG, y el segundo, entre quienes contribuyen y quienes son subsidiados por los recursos fiscales, mediante el sistema de solidaridad.

Debe quedar claro que todos los recursos que resulten de recaudar los gravámenes mencionados, y obviamente los que provienen de los subsidios, pertenecen al FSG y por lo tanto tienen el trato de recursos fiscales. De esta manera, se puede afirmar que el sistema de seguridad social en Colombia tiene un financiamiento totalmente estatal, y que el FSG es el gran asegurador del sistema.

En cuanto a lo que dispone la ley 100 es importante mencionar, además de las obligaciones, las prohibiciones que ella hace y que se refieren a las EPS y a los distintos proveedores de servicios. Las principales prohibiciones tienen que ver con rechazar afiliados, terminar los contratos de afiliación, y realizar acuerdos entre EPS y entre proveedores que impidan la libre elección de los afiliados. La garantía de que estas

prohibiciones se cumplan descansa en el poder de inspección y sanción que se otorga a la Superintendencia Nacional de Salud.

Con respecto a las normas que rijen el funcionamiento del sistema, el gobierno a través del CNSS tiene la potestad de regular los siguientes elementos del sistema:

- i) monto de las cotizaciones y la proporción del subsidio de cargo de los empleadores;
- ii) el valor del subsidio fiscal y de los subsidios cruzados;
- iii) los mecanismos para focalizar los subsidios;
- iv) el valor de la UPC y los mecanismos para ajustarla;
- v) el valor y funcionamiento de los copagos y cuotas moderadoras;
- vi) el contenido del plan de beneficios;
- vii) el valor de las tarifas por atenciones de urgencia y por efectos de catástrofes;
- viii) el ingreso de los agentes al mercado (autorización de funcionamiento de las EPS, y acreditación y licenciamiento de los proveedores de servicios, tanto institucionales como individuales), y
- ix) fijación de gastos operativos y de los parámetros de eficiencia de las EPS.

En cuanto a la provisión de servicios, la reforma radica esta función del gobierno, en instituciones descentralizadas y autónomas, las empresas sociales del Estado. No está claramente establecida en la ley 100 la función de información que debe cumplir el gobierno con respecto a los usuarios, las EPS y los proveedores de servicios. Pese a esta falta de claridad, se resalta en la ley la importancia de la promoción de la salud, como parte del plan de atención básica y de las acciones comprendidas en el POS. Por otra parte, se establece con carácter obligatorio la entrega de información de las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud.

Como se expuso en la primera parte del trabajo, la intervención del Estado en la financiación y provisión de los servicios de salud se justifica para conjurar las fallas del mercado. En seguida, se intentará analizar cómo opera dentro de la reforma colombiana dicha intervención del Estado en los aspectos mencionados.

Se recuerda que las principales fallas del mercado en la financiación de los servicios son la selección adversa, la selección de riesgo, el monopolio



o “cartelización” de la función de aseguramiento, y el efecto del riesgo subjetivo (*moral hazard*). Frente a estas eventualidades, la ley 100 establece los siguientes mecanismos:

- i) el cubrimiento obligatorio y permanente y los períodos mínimos de cotización para evitar la selección adversa;
- ii) la afiliación abierta, la evaluación de riesgo comunitario (en contraste con la evaluación individual), el ajuste del pago por capitación, y el reaseguro para evitar la selección de riesgo (además, está expresa la prohibición de realizar tal práctica), y
- iii) los copagos y cuotas moderadoras para evitar el efecto de riesgo subjetivo.

No se han dictado normas específicas sobre conductas de monopolización o “cartelización” en que puedan incurrir las EPS o los proveedores, aunque la ocurrencia de este fenómeno esta explícitamente prohibida por la ley 100.

Las principales fallas del mercado en relación con la provisión de servicios —tal como se expuso en la primera parte— son la actuación de los hospitales, como monopolios naturales, y los problemas de asimetría de la información entre el médico y su paciente, que lleva a un efecto *monopolístico en la acción del médico*. Las soluciones que adopta la reforma colombiana frente a estos problemas, son: i) los presupuestos prospectivos para los proveedores hospitalarios de naturaleza pública (empresas sociales del Estado), y ii) la administración de la provisión de servicios que realizan las EPS, la que puede incluir mecanismos como el seguimiento del consumo, el pago por capitación a los médicos o por grupos de diagnóstico a las instituciones, y la información directa a los usuarios, para evitar los problemas de información.

El impacto que tendrá la intervención del Estado, en los términos expuestos, y sus diversos mecanismos operativos serán analizados posteriormente, en lo que respecta a la equidad y la eficiencia.

## 2. EL PAPEL DEL MERCADO

El primer elemento de mercado que se reconoce dentro del nuevo sistema de seguridad social en salud adoptado en Colombia, es la libertad

que tiene el usuario para elegir la EPS a la cual se afilia y los proveedores de servicios, dentro de aquellos que le sean ofrecidos por la EPS. Asimismo, se reconoce la libertad del usuario para cambiar de EPS en caso de insatisfacción. Debe recordarse que esta libertad se reconoce tanto a quienes cotizan, como a quienes son subsidiados por el Estado mediante la modalidad de subsidio a la demanda.

El segundo elemento de mercado que rige en el nuevo sistema es la competencia entre las diferentes EPS para inscribir y mantener a los afiliados, y entre los distintos proveedores (instituciones y profesionales) para conseguir contratos con las EPS y para atraer y mantener a los usuarios de los servicios.

Debe recordarse que la competencia, en sentido estricto, se entiende como competencia por precio y que es este tipo de competencia el que tiene un efecto positivo sobre la eficiencia y la satisfacción del usuario.

Sin embargo, en la reforma colombiana la competencia entre las EPS por conseguir a los usuarios, no se da en torno al precio, ya que el precio que paga el usuario es independiente de la EPS que elija, siendo igual en todos los casos. La competencia de las EPS por los usuarios se da, entonces, en torno a la calidad de los servicios ofrecidos. Igual fenómeno ocurre en la competencia entre los proveedores para atraer a los usuarios, al interior de cada EPS. Pero, la competencia que se da entre los proveedores para conseguir contratos con las EPS, sí se da en términos de precio.

Debe resaltarse la forma como el nuevo modelo abre la competencia entre las instituciones de provisión de servicios de naturaleza pública, al ordenar la presupuestación prospectiva y al orientar los subsidios hacia la demanda; igual fenómeno sucede con las instituciones de la seguridad social.

Como se explicó anteriormente, además de la competencia por precio, se puede dar entre los aseguradores y los proveedores formas de competencia mediante mecanismos como la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos, y la erección de barreras para la entrada de nuevos competidores, las que tratan de conjurarse mediante la intervención del Estado. El impacto de la competencia en el sector salud en el caso colombiano será examinado posteriormente.

Ahora, teniendo claro el papel del Estado y el papel del mercado se procederá a analizar cómo éstos se correlacionan, a la luz de la teoría de la competencia regulada.

### 3. APLICACIÓN DE LA COMPETENCIA REGULADA EN LA REFORMA COLOMBIANA

Se analizarán en primer lugar aquellas condiciones de la teoría de la competencia regulada que se encuentran nítidamente reflejadas en la reforma colombiana; luego, se analizarán aquellas que no aparecen claramente definidas y, para terminar, aquellas que definitivamente no existen.

Entre las condiciones que se requieren para que funcione la competencia regulada es evidente que la reforma colombiana cumple con establecer la protección financiera con carácter universal, mediante un seguro obligatorio de salud. Igualmente, para la provisión de los servicios crea una entidad compradora de servicios y consciente de los costos, la EPS, que supuestamente debe actuar en nombre del usuario y ajustar la competencia entre los diferentes proveedores, además de formar conciencia de los costos de estos, entre las instituciones públicas y las del antiguo sistema de seguridad social, especialmente.

No es muy claro en el modelo reformador colombiano el papel de patrocinador, que es un elemento clave dentro de la competencia regulada. Las funciones que en la teoría norteamericana se le asignan al patrocinador, en el caso colombiano están distribuidas entre el gobierno y las EPS. En efecto, el gobierno tiene a su cargo la determinación de las reglas de equidad y las disposiciones para evitar la selección de riesgo en el aseguramiento. Por su parte, las EPS cumplen con las funciones de *administrar el proceso de afiliación, elegir a nombre de los afiliados los distintos proveedores, y aplicar entre ellos reglas de juego que hagan elástica la demanda*. Las EPS pueden controlar el consumo de servicios, vigilar la calidad e informar al usuario.

Lo mismo que con las funciones del patrocinador —en los términos de la propuesta de Enthoven— sucede con los instrumentos que se utilizan para conjurar las fallas del mercado y garantizar la competencia. Así, el gobierno fija y ajusta las primas, maneja los subsidios, estandariza el plan de beneficios, exige períodos abiertos de afiliación y la continuidad de la cobertura, y previene la selección de riesgo en el aseguramiento. Las EPS vigilan el desempeño de los proveedores en cuanto al costo, la calidad de sus servicios y la discriminación que puedan hacer respecto de individuos que impliquen servicios de alto costo.

De lo que se ha expuesto, queda claro que el papel de patrocinador lo asume el gobierno en cuanto al mercado del aseguramiento, al crear un seguro público obligatorio. Pero, además, hay una segunda instancia de seguro ya que las EPS corren un riesgo al recibir la prima como un pago per cápita y por tanto tienen el incentivo para seleccionar riesgos, no obstante el ajuste que pueda hacerse de la prima. Aunque existe la prohibición de practicar la selección de riesgo y el organismo de vigilancia para detectar este fenómeno, no hay una institución patrocinadora del usuario en la compra del seguro. En la ley se prevé la formación de alianzas de usuarios, que podrían cumplir este papel de corredores de seguros. Es claro, también, que las EPS actúan como patrocinadores al actuar como compradores y representan al usuario en el mercado de la provisión de servicios.

Debe anotarse un hecho adicional, en relación con el papel del patrocinador en el modelo colombiano. La ley considera dos opciones para la organización y la provisión de servicios: una, que la EPS integre las dos funciones, al estilo de los planes de salud administrada en los Estados Unidos; y otra, que la EPS contrate la provisión con proveedores independientes. En el primer caso, la función de patrocinio recae completamente sobre el gobierno o sobre las alianzas de usuarios. En el segundo caso, la EPS conservaría las funciones de patrocinio en el mercado de provisión de servicios, como ya se analizó.

Entre las condiciones teóricas de la competencia regulada que no aparecen en el modelo colombiano, está la de sensibilizar al consumidor individual respecto al precio y al costo de los servicios. La única diferencia de precio para el consumidor que se prevé en el modelo colombiano, es aquella que tendría al pagar por los planes complementarios.

En resumen, el nuevo modelo combina la acción del Estado con la del mercado, y las estrategias tanto de la demanda como de la oferta, enmarcadas dentro de la teoría de la competencia regulada, para poder cumplir con los objetivos de equidad, eficiencia, eficacia y calidad de los servicios. La aplicación de la teoría de la competencia regulada no es clara en cuanto al papel del patrocinador, y carece de los elementos para hacer consciente de los costos al consumidor.

En la parte siguiente se describirán los avances que se han logrado en la implementación del modelo adoptado por la reforma, y los obstáculos que se han detectado para su adecuado avance.

## VII. AVANCES EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA

Las disposiciones de la ley 100 de 1993, y de cerca de 150 decretos que la reglamentan, entraron en vigencia en enero de 1995. Desde entonces, el gobierno y los demás actores comprometidos han asumido la difícil labor de poner en práctica los preceptos de la ley y de proceder a construir el nuevo modelo que ella ordena. La Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard fue contratada por el Ministerio de Salud para asesorar su implementación; el balance de resultados que se presenta a continuación, se fundamenta esencialmente en los hallazgos del grupo de Harvard (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia, 1996).

El balance consistirá en una reseña de los progresos logrados y los obstáculos surgidos en el avance del proceso de implementación del nuevo modelo de seguridad social en salud en Colombia. Los logros obtenidos se pueden resumir en seis puntos.

El primer avance que se debe registrar, es un aumento considerable en la cantidad de recursos financieros dedicados al aseguramiento y a la *prestación de servicios de salud para la población más pobre y vulnerable del país*; lo anterior se debe fundamentalmente a las disposiciones de la ley 60 de 1993, sobre descentralización del sector público. En efecto, entre el año 1994 y 1995 la financiación pública para los servicios de salud aumentó en un 36% (ajustado por inflación), pasando de 828 millones a 1 346 millones de dólares. Se preveía que de 1995 a 1996 esta tendencia de crecimiento continuaría, a una tasa del 13%. Sin embargo, la *crisis fiscal que se ha hecho evidente en 1996 y la caída del empleo* han cambiado la situación y se han constituido en obstáculo para el progreso en el aumento de la cobertura.

Para 1996, el Fondo de Solidaridad y Garantía ha dispuesto de 225 millones de dólares para otorgar subsidios a la demanda, los que han sido distribuidos a los diferentes municipios del país permitiendo la afiliación al régimen subsidiado de seis millones de personas. Por otra parte, se cuenta a nivel de los departamentos con una suma que asciende a 1.5 billones de dólares para subsidios a la oferta, recursos que permitirán atender a quienes no logren afiliarse durante el año 1996.

Cabe hacer notar que estos nuevos flujos de dinero se están orientando hacia los gobiernos locales, y que se están administrando más cerca de quienes deben ser sus beneficiarios, los que ahora tienen una oportunidad más clara de asegurarse de que sean correctamente utilizados.

El segundo punto de avance, logrado mediante la afiliación familiar y la operación de las nuevas EPS, es el aumento de la cobertura del régimen contributivo en 3.5 millones de colombianos, número adicional a los que ya estaban cubiertos por el antiguo sistema de seguridad social. Con este aumento, se ha estimado que al final de 1995 se encontraban protegidos por el régimen contributivo 12.5 millones de personas. Por otra parte, además de los seis millones de pobres que ya han sido afiliados, se ha empadronado mediante el sistema de localización de beneficiarios de los subsidios, a más de 4.5 millones de personas.

Como tercer logro, debe anotarse que la Superintendencia Nacional de Salud ha concedido autorización para su funcionamiento a 26 empresas promotoras de salud, entidades que trabajan como el motor del nuevo modelo de seguridad social. La operación de las EPS cubre aproximadamente el 90% de los municipios del país, en los cuales vive el 85% de sus habitantes. Es estimulante saber que de 19 EPS entrevistadas en septiembre de 1995, 17 manifestaron su disposición a trabajar con el régimen subsidiado. Además, se realizó la primera ronda de concursos para adjudicar la administración del régimen subsidiado, la cual cubrió al 92% de los municipios y a la que se presentaron 14 empresas promotoras, 20 cajas de compensación familiar y 144 empresas solidarias de salud.

El cuarto punto que debe mencionarse como avance en la implementación del nuevo sistema es la puesta a prueba al cabo de casi dos años de funcionamiento del sistema de la unidad de pago por capitación. Todos los indicios disponibles muestran que su valor ha sido suficiente para costear el plan de beneficios ordenado por la ley. Este hecho permite mantener un razonable optimismo acerca de la viabilidad financiera del nuevo modelo.

Como quinto punto: se ha puesto en funcionamiento el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que actúa como rector del sistema y como ámbito de concertación entre sus diferentes actores. Esta nueva institución ha trabajado en forma eficaz, tomando difíciles decisiones de política, cuyo acierto es fundamental para sentar unas bases firmes que

garanticen la operatividad futura del sistema. Hasta el momento, el Consejo ha producido 39 acuerdos que materializan decisiones de política para la conducción del sistema.

El último avance que se registra es el reconocimiento, cada vez más claro, de los obstáculos que se enfrentan para convertir la formulación conceptual y jurídica que es la ley 100 en una realidad operativa, que ponga fin a los viejos problemas que motivaron su dictación. A este respecto, es necesario mencionar que se ha ganado terreno al lograr que los diversos responsables de la implementación de la ley estén conscientes de que se está frente a un proceso largo, que requiere de decisiones y acciones continuas y en aumento. La experiencia internacional en procesos semejantes indica que una reforma al sector salud toma alrededor de diez años para poder convertirse en una realidad operante.

En cuanto a los obstáculos detectados, estos pueden clasificarse en cuatro grandes grupos: los obstáculos de la financiación, los obstáculos de la formulación de políticas, los obstáculos de tipo institucional y los obstáculos derivados de la situación de los recursos humanos del sector.

En relación con los obstáculos financieros, ya se mencionaron el déficit fiscal y la caída del empleo. Es de anotar que estos hechos no se derivan del modelo adoptado y que pueden ocurrir en cualquier sistema con financiación de carácter público. Otro obstáculo, que sí depende del diseño del nuevo modelo, es la evasión de las cotizaciones en el régimen contributivo. Por un lado, al ser las EPS responsables del recaudo y existir el mecanismo de compensación del FSG, que reconoce a las EPS la UPC por cada afiliado, las EPS carecen de incentivo para recaudar la cotización que corresponde al ingreso real del afiliado, y sí lo tienen para inducir al afiliado a pagar una suma inferior a la que en rigor le corresponde.

Por otro lado, no se han desarrollado los incentivos y mecanismos que permitan controlar la elusión y hacer efectiva la obligatoriedad de la afiliación. Este problema adquiere dimensiones serias, sobre todo en el caso de los trabajadores independientes, tanto los de altos ingresos para quienes resulta muy costosa la cotización, como los de bajos ingresos que deben obtener un subsidio parcial, de origen fiscal.

Otro problema de tipo financiero —derivado de la transición entre el antiguo y el nuevo modelo— es la coexistencia de los subsidios a la oferta con la nueva modalidad de los subsidios a la demanda. El funcionamiento simultáneo de estos dos mecanismos, con lógicas antagónicas,

ha tenido efectos adversos en la presupuestación de los hospitales públicos y ha creado el peligro de pagos duplicados de algunos servicios.

Con respecto a la formulación de políticas, el principal obstáculo encontrado es la falta o deficiencia de la información necesaria para poder tomar decisiones razonables, tanto de política como de gestión. Como se ha dicho anteriormente, el modelo adoptado exige información, a veces muy fina, para poder funcionar con éxito, y mucha de esa información o no existe o es deficiente. Algunos ejemplos de esta deficiencia se encuentran en la información sobre costos, sobre patrones de demanda y utilización de servicios, sobre oferta de servicios (especialmente en los de naturaleza privada), y sobre recursos humanos, tanto para los efectos de la administración como para la prestación de servicios. Además de la carencia y defectos de la información, existe el problema adicional de la dificultad y poca experiencia para generar cierta clase de información, uno de cuyos ejemplos es la información sobre la calidad de los servicios.

Los obstáculos de tipo institucional tienen que ver con las instituciones de dirección del sistema, tanto las de nivel nacional como local, y con las instituciones de prestación de servicios, sobre todo las del sector público y las que pertenecen al antiguo sector de la seguridad social. En lo que atañe a las instituciones de dirección, comenzando por el Ministerio de Salud, estas son organizaciones que tradicionalmente estuvieron dedicadas a administrar los organismos públicos de prestación de servicios y a operar programas de salud pública.

La capacidad de tales instituciones para asumir las responsabilidades que les exige el modelo como formuladoras de políticas y como patrocinadoras, es limitada. Por su parte, las instituciones prestadoras de servicios vienen funcionando en forma subsidiada y carecen de los sistemas de gestión e incentivos requeridos para afrontar con éxito la competencia, entre ellas y con las instituciones del sector privado.

Otro aspecto institucional importante concierne a la vigilancia y control del sistema, relacionado de nuevo con la función de patrocinador que tiene el gobierno en el modelo adoptado. Tal función es la más importante de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta entidad fue creada con la finalidad de vigilar los flujos y aplicación de los recursos financieros, dentro de los sectores públicos y de seguridad social.

Sin embargo, en el contexto del nuevo modelo adquiere nuevas funciones para las cuales no ha desarrollado una suficiente capacidad, y



que son tan complejas como vigilar la evasión y elusión de las cotizaciones, detectar las prácticas de selección de riesgo, verificar la calidad de los servicios e informar a los usuarios sobre ella.

En cuanto a los recursos humanos del sector, existe preocupación con respecto a su distribución y a los aspectos de la capacitación e incentivos que se requieren para su adecuado desempeño dentro del nuevo modelo. Aunque, como ya se dijo, existen grandes deficiencias en la información disponible, parece claro que en cantidad los recursos humanos no son un problema, excepto en el caso de las enfermeras donde se registra un déficit indudable. Más grave es el problema de la distribución geográfica del personal y de la distribución por especialidades, especialmente entre los médicos, y en la relación entre profesionales de medicina general y médicos especialistas.

Particular consideración merece el problema de la falta de información del personal de salud con respecto al nuevo modelo, su racionalidad y la forma de desempeño que exige, lo que es especialmente grave entre los médicos. El hecho anterior ha llevado a reacciones como la "cartelización", y a la presión de movimientos antirreformistas.

Teniendo en cuenta los avances y obstáculos que se han dado en el proceso de implantación de la reforma, el Ministerio de Salud ha diseñado una agenda de mediano plazo y previsto actividades con un horizonte de 10 años, para atacar los obstáculos detectados (Universidad de Harvard/Ministerio de Salud, 1996). Tal agenda se ha denominado "Programa de apoyo a la reforma de salud", y está siendo ejecutada con el financiamiento de un crédito que el gobierno de Colombia ha contratado con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

En la parte siguiente se analizará el impacto que puede esperarse de la reforma sobre la eficiencia de las instituciones, sobre la equidad en el acceso a los servicios, y sobre las condiciones de salud.

## VIII. IMPACTO DE LA REFORMA

Para comenzar a analizar el impacto de la reforma del sector salud en Colombia, debe advertirse que cualquier juicio al respecto resulta arriesgado si se considera el corto tiempo que lleva el proceso de implementación, la complejidad del mismo, las limitaciones de la información disponible para poder realizar una evaluación rigurosa, y el horizonte de

tiempo previsible para consolidar la implementación. Por los motivos anteriores, toda evaluación que se haga en este momento debe considerarse como preliminar.

En esta parte se hará un ejercicio de evaluación teórico y fundamentado —en los casos en que ello es posible— en evidencias empíricas provenientes de experiencias similares. Primero, se considerará el impacto del modelo sobre los tres sectores de servicios que se han venido considerando; en seguida, se analizará el impacto sobre la eficiencia, y, por último, se tratará de analizar el impacto sobre la equidad, tanto en las condiciones de salud como en el acceso a los servicios.

Una primera pregunta que sería interesante contestar es si el nuevo modelo logrará unificar los criterios de asignación de recursos y de organización y provisión de los servicios de salud en Colombia. Para tratar de responder esta interrogante puede especularse sobre el efecto del nuevo orden sobre los tres sectores prevalecientes antes de implantarse la reforma.

Un primer efecto esperable sería sobre el sector privado, que encontraría una oportunidad para ampliar su participación, ya de suyo importante, en la provisión de servicios; en efecto, si se da una ampliación en la cobertura del aseguramiento, una proporción muy importante de la población quedará habilitada como consumidora de los servicios privados de salud. De ocurrir este hecho, sin embargo, los patrones de la atención que brinda el sector privado deben modificarse y ajustarse a las regulaciones que fija el modelo.

A partir del supuesto anterior pueden preverse dos modificaciones necesarias dentro del sector privado: por una parte, aquellos servicios que están orientados a los grupos de ingreso alto deberán hacer un esfuerzo para contener los costos y ajustarse a un patrón de prestación más austero; por otra parte, los proveedores privados que se orientan a los grupos de menores ingresos tendrán que mejorar sus patrones de calidad y ajustarse a ciertos requisitos mínimos, que muy posiblemente hoy no cumplen. En ambos casos se requerirá que entren en competencia por precio, abandonando la competencia basada en factores diferentes, que hoy se da.

En relación con los sectores público y de seguridad social, el impacto mayor deriva de su exposición a la competencia y de la ganancia que deben conseguir en eficiencia. En el caso de las instituciones públicas, el gran reto es pasar a la presupuestación prospectiva, dependiente de la

contratación de servicios; esta modificación exige nuevas destrezas por parte de los administradores e incentivos diferentes para el personal asistencial. En el caso de las instituciones de la antigua seguridad social se da un fenómeno similar, forzado por la probabilidad de perder la clientela que anteriormente era cautiva.

Los anteriores impactos exigen modificaciones de fondo, de muy diversa índole, entre las cuales tal vez la principal es el cambio de visión y actitud del recurso humano. La capacitación y motivación de las personas aparece, entonces, como un factor primordial para que las anteriores modificaciones puedan impulsarse con éxito.

De lo dicho hasta aquí se deduce que, en teoría, los nuevos mecanismos de financiación de la salud deben forzar a una homogeneización del sector, tanto en la organización como en las características de la prestación de los servicios, con una tendencia a eliminar progresivamente las diferencias existentes entre los tres sectores.

### *1. IMPACTO SOBRE LA EFICIENCIA*

Se ha afirmado, con cierta razón, que en los países en desarrollo la finalidad primordial de la reforma debe ser la consecución de la equidad y el aprovechamiento más eficiente de los recursos escasos, siendo de menor importancia la satisfacción del usuario (Chernichovsky, 1995). Por otro lado, se explicó que la teoría de la competencia regulada establece la eficiencia como una condición necesaria para la equidad. Teniendo en cuenta lo anterior, se analizará el posible impacto que el modelo adoptado por Colombia puede tener sobre la eficiencia técnica de las instituciones proveedoras de servicios, que es el área en donde se debe dar una competencia por el precio.

Desde el comienzo se señaló que el mercado de prestación de servicios de salud es imperfecto, y vale la pena examinar con cierto cuidado el tema de si la competencia entre los proveedores mejora la eficiencia técnica de las instituciones, cuyo logro es una de las justificaciones de la reforma. Este tema ha sido revisado, entre otros, por Broomberg (1994), examinando la teoría y la evidencia empírica disponible en relación con los servicios hospitalarios. La teoría aduce que la competencia incentiva la eficiencia técnica mediante la innovación y la adopción de métodos de producción más baratos, e induciendo a los hospitales a explotar las

economías de escala y de alcance. Además, la competencia obliga a aumentar la eficiencia dinámica, es decir la capacidad de los proveedores para responder a situaciones cambiantes de su entorno.

Algunos problemas propios de la naturaleza de los hospitales crean dudas sobre el acierto de la teoría: el primero es la complejidad organizacional de los hospitales (por sus diferencias en cuanto a escalas, definición funcional y estructuras de producción y de propiedad), la que se conjuga con la dificultad para reconocer en ellos el centro de las decisiones relevantes y sus reales motivaciones. A este respecto la evidencia empírica, proveniente del Reino Unido, sugiere dos cosas: una, la existencia de un conflicto entre el personal clínico y los administradores por la forma como cada uno responde a los incentivos de la competencia; dos, la confusión sobre el estrato que realmente decide dentro del hospital (los médicos o los administradores).

Un segundo problema deriva de las ventajas de información que posee el hospital, y su capacidad intrínseca para responder a la presión de la competencia de una manera ineficiente y que beneficie solo sus propios intereses. La manifestación más conocida de este fenómeno, bien estudiado en los Estados Unidos, es responder compitiendo por la calidad y no por el precio de los servicios, causando así inflación de los costos. Otra forma posible de respuesta es la práctica de seleccionar los pacientes, reducir las estancias, u otros medios de bajar la calidad de manera de maximizar los márgenes de utilidad o los volúmenes financieros del hospital. La evidencia empírica disponible presenta un cuadro ambiguo; para algunos, incluso, el impacto global de la competencia sobre la eficiencia de los servicios hospitalarios no es positivo. Por otra parte, es evidente la importancia de ciertas condiciones restrictivas para que pueda darse la competencia por precio, como son la existencia de muchos competidores, la disposición de presupuestos limitados, y el uso de determinadas formas de pago.

Un problema adicional que considerar es la capacidad del mecanismo de contratación de servicios para mejorar la eficiencia, tanto del proveedor como del comprador. En teoría, la eficiencia debe aumentar debido desde luego a los efectos de eficiencia inherentes a la estructura de incentivos del contrato, también por el aumento de la transparencia en la transacción, y por la descentralización de la responsabilidad de gestión.

La evidencia empírica, recogida en los Estados Unidos, indica una tendencia a establecer contratos de largo plazo, con una consecuente

declinación de la licitación competitiva y una importancia decreciente del precio como criterio de adjudicación. Con respecto a la transparencia de la transacción, la evidencia empírica, proveniente del Reino Unido, señala un efecto positivo tanto entre los compradores como entre los proveedores. En los primeros, se traduce en interés por aplicar el concepto de ganancia de salud en las estrategias de compra de servicios y en la sensibilidad frente a los costos, la calidad y las necesidades de los usuarios. En cuanto al efecto de la descentralización no existe evidencia disponible, pero sí es claro el riesgo de los efectos nocivos que puede tener la debilidad de la gestión en los hospitales que se vean obligados a contratar.

En lo referente a la contención de costos es interesante el análisis hecho por Katz y Miranda (1995) sobre los diversos mecanismos, tanto del lado de la demanda como de la oferta, que se han propuesto e implementado en variadas circunstancias, anotándose que la mayoría de ellos están incorporados dentro del modelo adoptado por Colombia. Al considerar varios escenarios tipo en que tales mecanismos pueden ser implementados, Katz prevé que en un escenario como el colombiano la participación de proveedores privados reclama un aparato regulatorio fuerte para que no se manifiesten las deficiencias de un mercado imperfecto, en donde los proveedores tienden a maximizar la rentabilidad del capital invertido. La intolerancia de los proveedores a los mecanismos de control de costos tiende a ser grande, y se corre el peligro de que el aparato proveedor se fragmente y se dupliquen los patrones de demanda. Además, llama la atención sobre la necesidad de modificar el juicio de los usuarios sobre las medidas de contención de costos, en el sentido de que estas afectan sus preferencias.

Otro problema es el costo de las transacciones que, como ya se anotó en el caso del Reino Unido, puede aumentar considerablemente en un modelo de contratación de servicios. Por último, es conveniente mencionar el problema de aquellas áreas geográficas en donde la inexistencia de distintos y numerosos proveedores hace imposible la competencia.

Resumiendo, aunque existen muchas razones teóricas para esperar que la competencia entre proveedores de servicios de salud aumente su eficiencia técnica y disminuya los costos, la limitada evidencia empírica disponible indica que la teoría puede fallar y que se requieren otras condiciones que deben ser cuidadosamente diseñadas para lograr efectos

positivos. Entre estas, cabe señalar las que parecen más importantes en el modelo adoptado por Colombia, como son el papel de patrocinadores y compradores asumido por las EPS —que las debe llevar a vigilar y corregir las fallas del mercado—, los mecanismos de pago que se adopten, y la capacidad de gestión de los hospitales.

## 2. EL IMPACTO SOBRE LA EQUIDAD

Resulta conveniente comenzar por tratar de definir lo que se entiende por equidad, tanto en sentido general como en relación con la salud. Como en muchos otros temas, sin embargo, aparece más fácil definir lo que constituye su contrario, es decir la inequidad. En términos económicos, la inequidad puede definirse como una heterogeneidad del ingreso que se traduce en el fenómeno de la pobreza, con todas sus secuelas y factores inherentes.

En el caso de la salud, la inequidad puede definirse en función de las condiciones de salud de las personas y de la población, o de las probabilidades que los individuos tienen de acceder a los servicios de salud. Tales condiciones y probabilidades se relacionan, en forma directa, con el ingreso. De modo que la inequidad en las condiciones de salud se refiere a diferencias entre los individuos y las poblaciones que aparecen como innecesarias, evitables y además injustas. Por tanto, la equidad en salud supone que todos deben tener una oportunidad de lograr plenamente su máximo potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar en desventaja para lograr tal potencial, en la medida en que ello pueda evitarse (Whitehead, 1991).

La equidad en el acceso a los servicios de salud se caracteriza por una igual posibilidad de acceso para iguales demandas, igual utilización para iguales necesidades, e igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1991). O sea, en la equidad frente a los servicios de salud hay tres componentes: el acceso en sí mismo, la utilización y la calidad de los servicios.

Un punto relevante de la equidad en general, es su relación con las condiciones de salud y con los servicios de salud. Con respecto al primer punto, son claras las evidencias acerca de la correlación que existe entre la probabilidad (riesgo) de vivir, de enfermar, de estar discapacitado y de morir, con el ingreso de los individuos. Esta correlación se da también

con la rapidez con que ocurren la enfermedad, la discapacidad y la muerte (tasa de incidencia). Por otra parte, existe una correlación entre el ingreso de los individuos y las causas que originan la ocurrencia de la enfermedad, la discapacidad y la muerte. Con respecto al segundo punto, es obvia la correlación que existe entre el nivel de ingreso y el grado de accesibilidad a los servicios de salud y al mecanismo de seguro de salud.

Otra cuestión que cabe considerar es la relación que existe entre el aparato de financiación y provisión de servicios de salud y el nivel de equidad, entre los individuos y entre las poblaciones. Tal vez injustamente se les ha endilgado a los sistemas de servicios de salud una responsabilidad, mayor a la que les corresponde en realidad, sobre las condiciones de equidad, que dependen a su vez de otras condiciones de carácter más estructural, como son las correspondientes a una adecuada distribución de otros bienes y servicios diferentes de la salud.

Así, para Fuchs (1986), la equidad real se logra a través de una distribución del ingreso mediante impuestos generales a unos individuos y otorgamiento de subsidios a otros, más que poniendo impuestos a ciertas formas de gasto o subsidiando tipos particulares de consumo. Según Fuchs, los ricos se han inclinado por reducir la inequidad mediante la provisión de algunos bienes y servicios (los servicios médicos entre ellos) más que a través de una redistribución del ingreso. Esta actitud obedece a que los ricos creen que de la atención médica se derivan externalidades positivas importantes, lo cual no parece ser cierto; por otro lado, los ricos creen que ellos saben mejor que los pobres lo que es capaz de maximizar su utilidad (Fuchs, 1986). Pese a lo anterior, el mismo Fuchs (1993) reconoce que puede ser más eficiente combinar la determinación de la necesidad insatisfecha con una redistribución, por la vía de proveer el servicio para satisfacer tal necesidad.

Aparte de todas las consideraciones teóricas que se han hecho y que se puedan hacer, lo concreto es que universalmente se admite y apoya la necesidad de buscar una solución, o al menos un alivio, a la inequidad general mediante subsidios destinados a financiar los servicios de salud. Para cumplir con esta función se reconoce, también universalmente, el papel irrenunciable que tiene el Estado.

La disparidad de opiniones surge alrededor de puntos como el tipo de impuestos, el tipo de subsidios, y la forma como estos se distribuyen. Al respecto se ha afirmado que los impuestos generales son más progresivos

que las imposiciones sobre los salarios o el consumo, y se ha discutido la necesidad y progresividad de los subsidios cruzados (entre ricos y pobres, sanos y enfermos, jóvenes y viejos, o entre regiones) (Musgrove, 1996). Por otra parte, se ha puesto énfasis en la necesidad de utilizar mecanismos de focalización de los subsidios para evitar que estos lleguen a individuos y grupos que no requieren de ellos (Hammer y Berman, 1995).

Otro punto importante de discusión es el tipo de servicio que debe subsidiarse. Se ha destacado la importancia de un grupo pequeño de prestaciones con cobertura universal que se relacionan directamente con ganancias en salud y en expectativas de vida, y que tienen mayor impacto en los grupos de ingreso bajo. Así mismo, se ha argumentado que en los grupos de bajos ingresos la situación de salud depende más de factores exógenos que de los servicios de salud, como se deduce de la falta de correlación entre el gasto en salud y la mortalidad infantil (Musgrove, 1996). Al mismo tiempo, se reconoce que la mejoría de las condiciones de salud conduce a un aumento en el consumo de los servicios (Hammer y Berman, 1995).

Fuchs (1993) ha anotado que la contribución marginal de la atención médica a la expectativa de vida en los países desarrollados es pequeña, como se deduce del caso del Reino Unido, en donde el acceso universal a los servicios de salud no ha eliminado los gradientes en la mortalidad por niveles de ingreso; por otro lado, reconoce que la atención médica puede contribuir a la compresión de la morbilidad. En contraste con lo anterior, se ha afirmado que la atención médica en los países en desarrollo es una inversión con retorno más alto que en los países desarrollados, en cuanto a su potencial para salvar vidas, prolongarlas y mejorar su calidad (Chernichovsky, 1995).

Al considerar el impacto que sobre la equidad pueden tener la reforma del sector salud y la implementación del nuevo modelo adoptado por Colombia, lo primero que debe afirmarse es que no se puede esperar que el sector salud solucione el problema de heterogeneidad estructural que se registra en el país. Justamente, se ha afirmado que las soluciones sectoriales y asistenciales para aliviar la pobreza pueden tener mucho sentido en países donde este problema tiene características marginales, pero que no constituyen una solución de fondo en sociedades en donde, como sucede en Colombia, más del 40% de la población es pobre (SELA, 1993). Pese a lo anterior, los servicios de salud sí pueden entrar en



un círculo virtuoso que mejore las condiciones de salud y contribuya, por ende, a mejorar la equidad. Se analizará en seguida cómo el nuevo modelo puede afectar el acceso a los servicios de salud, y luego cómo puede incidir sobre las condiciones de salud.

En relación con la equidad en el acceso a los servicios, la pregunta clave que se debe contestar es si el nuevo modelo contribuye a hacer más homogénea la posibilidad de acceso. Para contestar, deben considerarse la equidad en el diseño de la financiación del sistema, los mecanismos adoptados para solucionar las fallas del mercado, y el tipo de beneficios que se subsidian. En cuanto al diseño financiero del sistema, los tributos de los cuales se derivan los recursos y la existencia de subsidios cruzados parecen tener sustancialmente un carácter redistributivo que contribuye a la equidad. Asimismo, la modalidad de subsidios a la demanda, la existencia de un plan determinado de beneficios, y la focalización basada en la vivienda, apuntan a garantizar que los subsidios llegarán a quienes realmente los necesitan y que se utilizarán para satisfacer las necesidades que realmente deben ser satisfechas. De esta manera puede afirmarse que, en teoría, la modalidad de asignación de los recursos en el modelo contribuye francamente a mejorar la equidad, sobre todo si se compara con las modalidades vigentes antes de la reforma.

La siguiente cuestión es: dada una asignación equitativa de los recursos, tal asignación ¿garantiza un acceso equitativo a los servicios? La respuesta depende de cómo el modelo resuelva las fallas del Estado y las fallas del mercado, tanto en el financiamiento como en la provisión de los servicios. Al respecto ya se explicó la forma como se ha adoptado la teoría de la competencia regulada y sus mecanismos. A continuación, se hará una reseña de la eficacia que tales mecanismos han demostrado en otros ámbitos.

Para corregir las fallas en el mercado del aseguramiento se han demostrado, como mecanismos eficientes, el aseguramiento universal y las leyes antimonopolios. Han mostrado una moderada eficacia la afiliación abierta, la evaluación comunitaria del riesgo, los gastos deducibles, y los copagos. El ajuste de riesgo es técnicamente muy complicado y costoso. Son ineficaces la educación y las deducciones de impuestos (Hsiao, 1995). Para corregir las fallas del mercado en la provisión de los servicios, se han demostrado eficaces los pagos prospectivos o los presupuestos prospectivos en los servicios hospitalarios, los pagos por capitación, según salario o por presupuesto global para el pago de los

médicos, en contraposición al pago por servicio prestado (*fee for service*). La información al consumidor y la vigilancia y seguimiento del consumo, son caras y moderadamente eficaces. La sustitución de los médicos por otro tipo de personal ha demostrado su ineficacia (Hsiao, 1995). Cabe hacer notar que la selección de riesgo que tienden a practicar los proveedores puede ser más difícil de evitar que la misma practicada por los aseguradores, puesto que los primeros tienen un mayor conocimiento de las enfermedades y de sus factores de riesgo (CBO, 1993).

De la revisión anterior se puede concluir que dentro del nuevo modelo colombiano se han incorporado mecanismos eficaces para conjurar las fallas del mercado, principalmente el aseguramiento universal, la afiliación abierta, y la evaluación comunitaria del riesgo, para controlar la selección de riesgo que es la falla que influye directamente en el acceso. Pese a lo anterior, si bien es cierto que los mecanismos mencionados han demostrado su eficacia, no lo es menos que tanto los aseguradores como los proveedores han dado muestras, en muchas circunstancias, de una inusitada habilidad y sutileza para de todos modos poner en práctica mecanismos de selección de riesgo.

Puede concluirse entonces que, en teoría, el modelo resuelve las fallas del mercado y por tanto garantiza la equidad en el acceso. No obstante, no puede perderse de vista la posibilidad de que la pobreza siga constituyendo una causal de baja accesibilidad, con mayor razón mientras no se logre el cubrimiento universal del seguro; así mismo, debe ponerse énfasis en la importancia del papel que deben desarrollar los patrocinadores para vigilar y controlar permanentemente la ocurrencia de la selección de riesgo.

En cuanto a los beneficios que ofrece el modelo y su relación con la equidad en el acceso a los servicios, deben hacerse dos consideraciones: la primera, a la luz de lo que sucederá en el año 2001 cuando el plan de beneficios deba ser igual para el régimen subsidiado y el contributivo, y, la segunda, durante el período de transición, en que los planes difieren. En el primer caso no existen dudas respecto a la contribución que el modelo hace a la equidad; pero en el segundo, es clara una falla en relación con la equidad.

Sin desconocer las justificaciones de carácter financiero que realmente existen para no hacer una homologación inicial de los planes, sí debe decirse que tiene dudosa validez la suposición de que los servicios de salud para los pobres son diferentes a aquellos de los no pobres. Al

respecto, una cosa es el impacto de ciertas atenciones de salud sobre los pobres y los no pobres, como se expuso anteriormente, y otra las necesidades de unos y otros, que sin duda son mayores para los pobres, dada su mayor probabilidad y rapidez de enfermar y morir. Considerando lo anterior, es necesario dejar en claro que uno de los problemas más serios para resolver durante la transición es la garantía de que los planes de beneficios se homologarán, conjurando el peligro evidente de que ocurra lo contrario y el modelo termine en un sistema de dos compartimentos.

Dentro del tema del plan de beneficios y su relación con la equidad, está la cuestión de la asignación de los recursos por tipo de servicio. La solución del modelo a este problema es el pago de la prima per cápita, la UPC. La historia bonita del pago per cápita es que motiva a desarrollar actividades de promoción y prevención, que son más bien baratas y tienden a evitar la ocurrencia de la enfermedad y por tanto la utilización de los servicios curativos, que en general son caros.

Así, tanto el asegurador como el proveedor aumentan sus ingresos al hacer promoción y prevención. Desde este punto de vista, el diseño del modelo incentiva a producir una asignación más equitativa de los recursos. Sin embargo, también hay una historia fea al respecto, y es que el pago per cápita incentiva a racionar los servicios. De nuevo aquí el papel de los patrocinadores tiene gran importancia, para que se repita la historia bonita y no la fea.

Queda un último punto que considerar en cuanto a la equidad y el acceso a los servicios, y es la asignación equitativa de los recursos por regiones. Al respecto, debe decirse que las fórmulas de liquidación de las transferencias nacionales de la ley 60 y el pago per cápita, UPC, por la vía de la demanda, parecen corregir —de nuevo, en teoría— el problema de la inequidad en la asignación por regiones.

En resumen, al considerar el impacto que tiene el modelo de financiación y provisión adoptado por Colombia sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud, debe aceptarse que, en teoría, se obtienen ganancias sustanciales en la equidad y se corrigen las fallas que en este sentido tenía la modalidad previamente vigente.

En relación con el tema del impacto del modelo sobre la equidad en las condiciones de salud, lo primero es afirmar que si se mejora el acceso deben mejorar las condiciones de salud. Luego, hay que resaltar la importancia de un adecuado diseño y operación del plan de atención básica para lograr el gran impacto que debe tener sobre los grupos pobres. Al

respecto, es de esperar que las autoridades locales de salud, al verse relevadas en parte de los problemas de la atención médica curativa que estará en manos de entidades descentralizadas y autónomas o en el sector privado, puedan dar más atención a este tipo de servicios básicos. Por otra parte, es esperanzador el hecho de que se haya constituido una cuenta especial para promoción y prevención dentro del FSG, que garantiza la financiación específica de dichas actividades. Así las cosas, es de esperar que el modelo contribuya a homogeneizar las condiciones de salud y expectativas de vida entre la población colombiana.

Para terminar, unas palabras sobre la relación entre eficiencia y equidad. Al respecto hay dos visiones: la primera, que resalta los conflictos entre la equidad y los mecanismos de mercado que persiguen la eficiencia, y la segunda —que es uno de los presupuestos de la teoría de la competencia regulada—, que concibe la eficiencia como una condición necesaria para lograr la equidad. Es evidente que el modelo adoptado por Colombia se fundamenta en el segundo punto de vista. No obstante, queda abierta la posibilidad de que en el juego de la competencia se cierren servicios por ineficientes, dado que la búsqueda de economías de escala obliga a concentrar la provisión de servicios, y si los hospitales se concentran en aquellos servicios más rentables los usuarios de una localidad pueden perder la condición de integridad de la provisión hospitalaria (Broomberg, 1994).

De lo expuesto hasta aquí, debiera quedar claro que el diseño del modelo que se ha analizado persigue y debe contribuir a la equidad. Sin embargo, queda pendiente el reto de implementar adecuadamente los mecanismos previstos en la teoría, y de evaluar cómo se traducirán ellos en la realidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, Henry J. y W.B. Schwartz (1993), "Managed competition: little cost containment without budget limits", *Health Affairs*, N° 12.
- Banco Mundial (1994), *Colombia. Toward Increased Efficiency and Equity in the Health Sector. Can Decentralization Help?* Sector Report, N° 11933-CO.
- (1993), *Invertir en salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993*, Washington, D.C.
- (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform*, A World Bank Policy Study, Washington, D.C.

- Barnard, K. (1990), "Trends in health care: beyond market economics. A reflection on 40 years past and 10 years future", *New Directions in Managing Health Care. Proceedings and Outcome of a Working Group on New Approaches to Managing Health Services*, Leeds, Reino Unido, 29 al 31 de enero.
- Berman, Peter (1995), "Health sector reform: Making health development sustainable", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (1993a), *Social Agenda Policy Group. Towards an Integrated Framework for Socio-economic Reform in Latin America. Building Blocks for a Hemispheric Consensus*, Washington, D.C.
- (1993b), *Social Agenda Policy Group. Growth and Poverty: Assessment and Reforms*, Washington, D.C.
- BID/PNUD (Banco Interamericano de Desarrollo/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (1993), *Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo*, Washington, D.C.
- Broomberg, J. (1994), "Managing the health care market in developing countries: prospects and problems", *Health Policy and Planning*, vol. 9, N° 3.
- CBO (Congressional Budget Office) (1993), *Managed Competition and its Potential to Reduce Health Spending*, Washington, D.C., Congreso de los Estados Unidos.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (1992), *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, Libros de la CEPAL, N° 32 (LC/G.1701/Rev.1-P), Santiago de Chile.
- CEPAL/OPS (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Organización Panamericana de la Salud) (1994), *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe (LC/G.1813(SES.25/18))*, Santiago de Chile.
- Chernichovsky, Dov (1995), "What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? or, is there some optimal path for health system development?", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Clinton, W. (1993), *The President Health Security Plan. The Clinton Blueprint*, Washington, D.C., The White House Domestic Policy Council.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) (1993), *Las estadísticas sociales en Colombia*, Santafé de Bogotá.
- DNP (Departamento Nacional de Planeación) (1995), "Cómo va la descentralización", *Planeación y desarrollo*, vol. 26, N° 2, Santafé de Bogotá, mayo.
- Ellwood, P.M. y G.D. Lundberg (1996), *Managed Care. A Work in Progress*, JAMA, N° 276.

- Enthoven, Alain (1993), "The history and principles of managed competition", *Health Affairs*, N° 12.
- (1991), "A consumer-choice health plan for the 1990s", *New England Journal of Medicine*, N° 320.
- (1988), "Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics", *Policy and Law*, N° 13.
- (1978), "Consumer choice health plan", *New England Journal of Medicine*, N° 298.
- (1977), "Consumer Choice Health Plan: an Approach to National Health Insurance based on Regulated Competition in the Private Sector," Stanford, California, Stanford University Press.
- Enthoven, A. y R. Kronick (1989), "A consumer-choice health plan for the 1990s. Universal Health Insurance in a system designed to promote quality and economy", *New England Journal of Medicine*, N° 320.
- Feachem, Richard G. (1996), "The Reform of the National Health Service in England, 1980-1995" presentado en Symposium on Lessons from Health Care Reform in the OECD countries for World Bank Staff.
- Feingold, E. (1995), "The defeat of health care reform: misplaced mistrust in government", *American Journal of Public Health*, N° 85.
- Fielding, J.E. y T. Rice (1993), Can managed competition solve the problems of market failure? *Health Affairs*, N° 12.
- Frenk, Julio (1991), "The public/private mix and human resources in health", Saitama Public Health Summit, Tokio.
- Fuchs, V.R. (1993), "The Future of Health Policy", Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- (1986), "The Health Economy", Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Garnier, L. (1992), "La política social en tiempos de ajuste", ponencia presentada en la Conferencia Nacional sobre Política Económica y Transición hacia una Economía no Petrolera en Ecuador, Quito, Instituto Centraoamericano de Administración de Empresas (INCAE).
- Hammer, S. y Peter Berman (1995), "Ends and means in public health policy in developing countries", *Health Sector Reform in Developing Countries. Making Health Development Sustainable*, Peter Berman (comp.), Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Holland, W.W. y C. Graham (1994), "Recent reforms in the British National Health Service. Lessons for the United States", *American Journal of Public Health*, N° 84.
- Hsiao, W. (1995), "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, N° 32
- (1994), "Marketization. The illusory magic pill", *Health Economics*, N° 3.
- (1992), "Comparing health care systems: what nations can learn from one another", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, N° 17.

- Katz, Jorge M. y Ernesto Miranda (1995), "Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos", serie Políticas sociales, N° 12, Santiago de Chile, CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe).
- Kronick, R., D.C. Goodman y J. Wennberg (1993), "The marketplace in health care reform. The demographic limitations of managed competition", *New England Journal of Medicine*, N° 328.
- Lee, P.R. y L. Etheredge (1989), "Clinical freedom: two lessons for the United Kingdom from United States experience with privatization of health care", *The Lancet*, N° 4, febrero.
- Le Grand, Julian (1991) "Quasi-markets and social policy", *The Economic Journal*, N° 101.
- Malloy, James M. (1985), "Statecraft and social security policy and crisis", *The crisis of social security and health care. Latin American experiences and lessons. Latin American monograph and documents series*, Carmelo Mesa-Lago (comp.), Pittsburg, Universidad de Pittsburg.
- Maynard, A. (1991), "Developing the health care market", *The Economic Journal*, N° 101.
- Mc Greevey, W. (1990), "Social Security in Latin America. Issues and Options for the World Bank", Internal discussion paper, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Mesa-Lago, Carmelo (1990), "Aspectos económicos de la seguridad social en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y alternativas para el año 2000", estudio preparado para el Banco Mundial.
- Molina, Cleofe G., María Clara Rueda y Ursula Giedion (1993), *El gasto en salud y distribución de subsidios en Colombia*, Santafé de Bogotá, Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (FEDESARROLLO), Departamento Nacional de Planeación.
- Musgrove, Philip (1996), "Public and Private Roles in Health. Theory and Financing Patterns", Washington, D.C., Departamento de Desarrollo Humano, Banco Mundial.
- OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos) (1992), "The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries", *Health Policy Studies*, N° 2, París.
- República de Colombia (1991), *Constitución Política de Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Restrepo, Mauricio (1994), "Política social, una propuesta para el área de la salud", Documentos de trabajo, Santafé de Bogotá, Fundación Friedrich Ebert, Colombia (FESCOL).
- Restrepo, Mauricio y J.C. Ramírez (1994), "El sistema general de seguridad social en salud, el sistema de subsidio familiar y el papel de la Superintendencia", Santafé de Bogotá, Superintendencia del Subsidio Familiar, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

- Rengifo, J.M. (1982), *La seguridad social en Colombia*, 2a. edición, Santafé de Bogotá, Temis.
- Rutten, F. y J.W. Van Der Linden (1994), "Integration of economic appraisal and health care policy in a health insurance system: the Dutch case", *Social Sciences and Medicine*, N° 38.
- Schut, F.T. (1995), "Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, N° 20.
- SELA (Sistema Económico Latinoamericano) (1993), "La incorporación de la equidad en la estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe. Sistema Económico Latinoamericano", *Pobreza: un tema impostergerable. Nuevas respuestas a nivel mundial*, Bernardo Kliksberg (comp.), México, D.F., Fondo de Cultura Económica.
- The New York Times Magazine* (1993), "The abandoned father of health-care reform", 18 de julio.
- Universidad de Harvard/Ministerio de Salud de Colombia (1996), "Report on Colombia Health Reform and Proposed Master Implementation Plan. Final Report", Equipo encargado del proyecto de reforma de la atención de la salud en Colombia, Escuela de Salud Pública, Universidad de Harvard.
- Vall-Spinosa, A. (1991), "Lessons from London: the British are reforming their National Health Service", *American Journal of Public Health*, N° 81.
- Waitzkin, H. (1994), "The strange career of managed competition: from military failure to medical success?", *American Journal of Public Health*, N° 84.
- Whitehead, M. (1991), "Los conceptos y principios de la equidad en salud", serie Reprints, N° 9, Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud (OPS).