

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO**

47

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

Mauricio Restrepo Trujillo



NACIONES UNIDAS

**PROYECTO GTZ/CEPAL
“REFORMAS A LOS SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”**

SERIE FINANCIAMIENTO DEL DESARROLLO

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

Mauricio Restrepo Trujillo



NACIONES UNIDAS

**COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
PROYECTO GTZ/CEPAL
“REFORMAS A LOS SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE”**

Santiago de Chile, abril de 1997

LC/L.1009
Abril de 1997

Este trabajo fue preparado por el señor Mauricio Restrepo Trujillo, consultor de la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento de la CEPAL. Las opiniones expresadas en este documento, el cual no ha sido sometido a revisión editorial, son de la exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
RESUMEN	5
1. Marco conceptual general	7
2. Los polos conceptuales en la política de salud	12
3. La teoría de la competencia regulada	15
4. La reforma al sector salud en Colombia	23
5. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia	28
6. La reforma de Colombia y la competencia regulada	32
7. Avances en el proceso de implementación de la reforma	36
8. Impacto de la reforma	39
Notas	46
BIBLIOGRAFÍA	49

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo discutir el marco teórico de la reforma a la seguridad social en salud en Colombia y hacer una aproximación preliminar a sus resultados e impactos.

Para lograr tal objetivo, en la primera parte, se consignan conceptos que se han ventilado a nivel internacional y que han tenido un reflejo en la política de salud de Colombia. En seguida se exponen, en la segunda parte, los regímenes de oferta y demanda, como polos conceptuales entre los que se mueve la formulación de política de salud.

En la tercera parte se explican los presupuestos de la teoría de la competencia regulada, tal como ha sido formulada por Enthoven. En seguida, en la cuarta parte, se exponen las motivaciones locales que llevaron a Colombia a formular la reforma del sector y se describen los principales hitos en su desarrollo. Luego, en la quinta parte, se expone la estructura legal de la reforma a la seguridad social en salud, cristalizada en la Ley 100 de 1993.

En la sexta parte del trabajo se discuten los elementos de regulación y de mercado que contiene la reforma y la forma como se articulan, dentro de los presupuestos de la competencia regulada. Una reseña de los progresos y dificultades en el proceso de implementación de la reforma, se presenta en la parte séptima y, para terminar, en la octava parte, se intenta evaluar los impactos sobre la eficiencia y la equidad que puede tener el nuevo modelo de financiación y prestación de servicios que ha adoptado Colombia.

1. Marco conceptual general

En esta parte, se presentaran algunas consideraciones muy generales sobre ciertos marcos conceptuales dentro de los cuales se ha formulado e implementado la reforma al 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 a 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 breve referencia a la corriente de reforma social en Latinoamérica.

Las consideraciones que se han mencionado 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 considerar el primer punto que se ha propuesto, es interesante referirse al análisis hecho por Barnard (1990) en relación con la evolución de los principales conceptos que han determinado las políticas de salud en las ultimas décadas. Un hito de partida, son las formulaciones surgidas en la posguerra. La principal, tal vez, fue la definición comprensiva de salud dada en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en 1948. A pesar de esta concepción, la realidad del sector salud y de los servicios de salud durante los años 50, estuvo marcada por el concepto que la salud era un problema del resorte único de los médicos, y de las profesiones con ellos relacionadas.

Durante la década de los 60 surgieron nuevas preocupaciones y nuevos intentos de respuesta a la concepción puramente médica del sector salud. La esencia de la respuesta fue de tipo burocrático, marcándose una tendencia a la creación y consolidación de organizaciones, cada vez más grandes y complejas, para financiar y proveer servicios de salud, mediante las cuales se perseguía mejorar la formulación de políticas, los procedimientos para toma de decisiones y la asignación de los recursos. Pronto se pusieron en evidencia los problemas de esta aproximación, 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 la década de los 60 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 al problema de los servicios de salud.

Los problemas de la aproximación en boga durante los años 60 fueron puestos en evidencia durante los 70, llevando a la necesidad de nuevas formulaciones de política que se 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 Ata" 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 una aproximación intersectorial a los problemas de

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.

La nota fundamental de los progresos conceptuales anteriores fue poner en evidencia que no se puede equiparar la salud y la atención a la salud con la atención médica y con los servicios hospitalarios. La anterior ganancia conceptual comenzó a nublarse durante los años 80; 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 en 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 y, como ya se anotó, se remonta a mediados de los años 60. La aplicación sistemática de los conceptos y métodos económicos en el campo de la salud puede considerarse 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 desde la perspectiva positiva como desde la perspectiva normativa, constituye el pan y 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 crucial 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 la forma anterior, 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 80 se dio una tendencia general en la política que ganó la atracción 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 minimalista del estado. De la manera anterior, se propugnó por reemplazar, sobre todo en el área de los servicios públicos o cuasi públicos, las instituciones públicas y mecanismos como la planeación 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 anteriormente 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 con relación a tales servicios (Katz, 1995). Por otra 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 efectivo 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 política de salud surgidas bajo la égida de las tendencias políticas de los años 80, tuvieron expresión muy importante en las políticas sectoriales de las instituciones multilaterales de crédito, especialmente el Banco Mundial, y en formulaciones de paradigmas de reforma que han tenido expresiones específicas en todo el mundo, dando origen a un movimiento internacional de reforma al sector salud.

Un hito en la formulación de política de salud y de la reforma al sector salud, encuadrada dentro de la tendencia que se acaba de exponer, es la publicación por el Banco Mundial (en cooperación con la OMS), en 1993, del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, *Invertir en Salud* (Banco Mundial 1993) y su predecesor, publicado en 1987, *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform* (Banco Mundial, 1987).

En el documento mencionado en segundo lugar, se consideran problemas en la asignación de los recursos, como el gasto insuficiente en actividades de promoción de la salud y que sean 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 los anteriores 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. La cuarta política es 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 propone 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 por que los gobiernos tienen que facilitar una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud. La anterior 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 que se han analizado han llevado a un movimiento reformista que tiene carácter universal y que obedece a un paradigma surgido del análisis de los servicios de salud en los países desarrollados. El análisis 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 que, el quien y el como 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 categorizarse de la siguiente manera:

- i) El cambio rápido en los patrones demográficos y epidemiológicos que conjuntamente 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 80 en muchas naciones en vías de desarrollo, como las latinoamericanas. Ejemplo de la segunda

circunstancia es 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 al sector salud, pese a las diversas acepciones que puede haber tomado en distintos países, contiene varios énfasis conceptuales que son globales, a saber (Berman, 1995):

i) Aceptar y poner en relieve las conexiones entre la salud, el sector salud y otras metas 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 holística 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.

iii) El cambio del papel del estado en el sector salud. De pagador de los servicios de salud en instituciones de naturaleza gubernamental, el gobierno debe redefinir su papel y pasar 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, impuestos, subsidios e incentivos para lograr los cambios deseados. Lo mismo sucede con ciertas herramientas legales y administrativas como la regulación, el licenciamiento y el control de calidad. Los gobiernos pueden aumentar su provisión de información, tanto a los proveedores 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 y meritorios.

v) El establecimiento 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 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 OECD, 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. Tercero, la prestación de los servicios. Las reformas que siguen las anteriores líneas tratan de combinar las ventajas de los sistemas públicos (acceso universal a un conjunto básico de intervenciones con un control efectivo del gasto) con las ventajas de sistemas descentralizados, generalmente de naturaleza privada (satisfacción del usuario y producción eficiente de servicios) (Chernichovsky, 1995).

Otro marco conceptual que es útil considerar para el análisis de la reforma al sector salud en Colombia es la formulación de una reforma social en la región de Latinoamérica. En efecto, durante la década de los 80 se adelantaron 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 deterioro en la situación del empleo, una declinación 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, a todos los miembros de la sociedad al proceso de crecimiento, en un contexto de aumento general del bienestar (BID/PNUD, 1993).

Dentro de la anterior 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 propugna por 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 en los sistemas de gestión de los programas sociales.

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

El eje de la propuesta de 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, el desarrollo de la capacidad de organización y de la capacidad 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 la perspectiva de la OPS se enfatiza el papel de la salud en el desarrollo humano sostenible, dado que permite mejorar la calidad del capital humano y fomenta el bienestar social. Se plantea un enfoque multisectorial para el mejoramiento de las condiciones y de los servicios de salud, 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, de la revisión anterior, 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 en la siguiente parte.

2. Los polos conceptuales en la política de salud

En parte anterior, se presentaron una serie de marcos conceptuales dentro de los cuales se ha desarrollado una tendencia universal a reformar los sistemas de salud, fruto de la cual es la reforma que se adelanta en Colombia. En esta parte 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 se refiere a los papeles del estado y del mercado.

Como se vio en la parte anterior una de las tres funciones sistémicas que pueden distinguirse en el paradigma de la reforma es la financiación de los servicios (Chernichovsky, 1995). En relación con la financiación de los servicios de salud, las naciones deben plantearse tres preguntas fundamentales, cuya respuesta implica formulaciones de política (Hsiao, 1992).

La primera es que proporción de los recursos disponibles por la sociedad deben emplearse en los servicios de salud. La segunda es como tales recursos, que por definición siempre serán escasos, deben asignarse de acuerdo con ciertos criterios de distribución, como son los distintos programas, los diferentes tipos de enfermedad y las diferentes regiones. En tercer lugar, las naciones deben procurar obtener el máximo posible de eficiencia en la producción de los servicios o, como lo plantean 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 tiene que ver con el mecanismo que se utilice para asignar los recursos, sea el mercado o la planeación por parte de una agencia del gobierno; las decisiones en la asignación tienen como base consideraciones como la equidad, las necesidades, el análisis de costo-beneficio y, además, el efecto político de tales decisiones. En relación con la tercera pregunta, hay dos factores fundamentales que afectan la respuesta que se adopte: el primero es la naturaleza de la propiedad, el tipo de organización y la calidad de la gestión de las instituciones donde se producen los servicios; por otro lado, esta 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, en relación con la financiación de los servicios de salud, está influenciada por problemas teóricos e ideológicos, y en los últimos tiempos se ha movido entre dos polos ideológicos, que pueden ser denominados el "régimen de demanda" y el "régimen de oferta", que 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.

Las dos aproximaciones 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.

2.1 *El régimen de demanda*

La aproximación por el lado de la demanda argumenta que los servicios de salud tiene las mismas características de cualquier bien económico, de tal manera que los usuarios o consumidores pueden ejercer su propio control sobre cuales servicios compran y a que precios lo hacen. Los compradores y los proveedores están relacionados de manera pareja. Los proveedores tienen poca capacidad para inducir la demanda de los usuarios y poco poder de mercado para fijar los precios. De la manera anterior, un sistema de salud maximizará el bienestar, al atomizar 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 posible, de tal manera que, en el largo plazo, la producción se da al costo promedio más bajo posible.

El nivel total de recursos dedicados a los servicios de salud no constituye preocupación para quienes defienden esta aproximación, ya que se asume que las decisiones sobre el gasto son el resultado directo de la maximización de la utilidad por parte del consumidor. Dos aspectos fundamentales de esta aproximación 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 de 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 precluyen un seguro obligatorio, y la regulación de un modelo de beneficios y del monto de las primas. En lugar de lo anterior, muchas compañías de seguros compiten en el mercado y seleccionan los riesgos que quieran asegurar.

Bajo esta aproximación, 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, esta aproximación cree en los precios, fijados por el mercado, como el mecanismo fundamental 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 interacción 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).

2.2 *El régimen de oferta*

Esta aproximación parte del presupuesto que los servicios de salud tienen características especiales que los diferencian de otros bienes económicos. En primer lugar, 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 al acceso 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 dedican 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, tanto del consumidor como del proveedor, a los precios. En segundo lugar, la propensión de los individuos con alto riesgo de enfermar para comprar seguros (selección adversa) y, al mismo tiempo, la selección

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

Para remediar las anteriores fallas del mercado, los partidarios de la aproximación del régimen de oferta defienden la existencia de instancias o instituciones públicas, o cuasi públicas, con poder fiscal que utilicen un proceso político (o de puja), en lugar de los mecanismos imperfectos del mercado, para determinar las restricciones en el presupuesto que se dedica a los servicios de salud. Bajo esta aproximación, el gobierno juega 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, pesando los beneficios de este tipo de gasto con los que se obtiene con otro tipo de gasto. En el segundo, el gobierno local tiene la responsabilidad de pagar los servicios de salud balanceando este tipo de gasto con otros gastos locales. El tercer tipo de estructura usa una fuente diferente a los impuestos generales, un impuesto separado, el más común de los cuales es el impuesto a la nómina; 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. Bajo este escenario 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 la aproximación por el lado de la 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 localización geográfica.

En concordancia con los presupuestos 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, 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 fijan en razón de la especialidad, el tipo de servicio y la región donde éste se presta.

Aunque en ningún país se da en forma pura ninguna de las dos aproximaciones 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 las anteriores aproximaciones y de los resultados que han demostrado en sistemas guiados por cada una de ellas (Hsiao, 1992, 1994, 1995; Musgrove, 1996).

Las fallas en el mercado del aseguramiento, como ya se vio, consisten en la selección adversa, la selección de riesgos, el monopolio o cartelización del aseguramiento y el efecto del aseguramiento (moral hazard); los efectos de estas fallas son el defecto en 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 malos riesgos y por los costos de tramitar las reclamaciones en un mercado con muchos

aseguradores y proveedores. Por último, serán ofrecidas muchas intervenciones de bajo o cuestionable valor, ya que ni el proveedor ni el usuario pagan por ellas (Musgrove, 1996).

Las fallas del mercado en la provisión de los servicios 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, fallas en la calidad de los servicios, expansión de tecnologías costosas e inducción de la demanda por parte de los proveedores (Hsiao, 1995).

Las fallas del Gobierno consisten en la dominancia que grupos de interés diferentes a los usuarios tienen en las decisiones para asignar los recursos, la corrupción y el clientelismo, la falta de incentivos para innovar y promover la eficiencia, la falta de sensibilidad a las necesidades del usuario y la toma de decisiones con bases ideológicas o por intereses particulares (Hsiao, 1993).

La crítica más común y severa a la acción pública en los servicios de salud se relaciona con la provisión, especialmente en los países pobres, donde el gobierno ofrece atención que se supone que es gratis (en aras de la equidad), 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 staff improductivo, los costos de las ganancias en salud pueden ser muy altas, así los salarios y el costos 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 competir con los proveedores privados solo por el precio, esto es subsidiando la provisión, en lugar de competir en calidad y satisfacción (Musgrove, 1996).

De la manera anterior, parece claro como ninguna de las aproximaciones polarizadas a la política de salud ofrece las soluciones que se buscan y como cada una de ellas ofrece fallas serias. En la parte siguiente, se presentará una opción teórica que persigue solucionar las fallas que se han analizado.

3. La teoría de la competencia regulada

Ante la falta de éxito y los problemas que ofrecen cada una de las aproximaciones extremas, que se describieron en la parte anterior, para resolver los problemas básicos de eficiencia, equidad y eficacia, y ante la escalada de costos y la insatisfacción de los consumidores, se ha propuesto la teoría de la competencia regulada. Esta teoría ha sido formulada por el profesor Alain C. Enthoven, economista y profesor de la Universidad de Stanford, quien ha presentado su teoría a través de varias publicaciones (Enthoven, 1977, 1978, 1988, 1991, 1993). La teoría comenzó a gestarse 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 (New York Times, 1993; Waitzkin, 1994).

3.1 Antecedentes de la teoría

Como su nombre lo indica, la competencia regulada es una aproximación que combina estrategias regulatorias con la competencia, y que surge de la aplicación de principios microeconómicos que se combinan con observaciones empíricas para analizar que 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 coexistencia de unas reglas rígidas, formuladas por el gobierno, que se aplican para organizar el mercado. La propuesta, en su versión más refinada, apunta más bien a la utilización de una serie de herramientas, en forma flexible y dinámica, que dirijan y "manejen" 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 ha preferido denominar a su propuesta competencia manejada (managed competition).

La teoría se formula de cara al sistema de salud prevalente en los Estados Unidos, que ha buscado la aproximación por el lado de la demanda, y frente a la escalada inflacionaria del gasto en salud. Al formular la teoría se reconocen las fallas de los mercados de los servicios de salud y la falta de competitividad en el sistema prevaleciente.¹ 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).

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 con costo razonable y que, de manera efectiva, 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 ingreso promedio. 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 que 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 como 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 inconvenientes de los enfermos, así como los recursos utilizados para producir los servicios. Esta concepción de eficiencia no debe confundirse con la disminución o contención del gasto en salud; el gasto de una proporción más baja del PIB en servicios de salud, no significa necesariamente una mayor eficiencia, ya que puede significar 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 propugna por crear un mercado libre de financiación y provisión de servicios de salud, 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 para crear 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).

3.2 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, 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 arreglos financieros y de organización de los servicios, que requieren que el usuario sea consciente del costo al escoger la instancia que le provee los servicios. Por otra parte, se buscan como objetivos primordiales, primero, eliminar entre los distintos planes de salud aquellas diferencias que sean distintas del precio y, segundo, desviar el foco de la conducta competitiva, de las amenidades y de la calidad 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 cualquier manera no cumplan las reglas de la competencia. Las reglas anteriores pueden darse en una mejor forma entre planes de salud que integran la financiación con la provisión, que en el caso de proveedores individuales; su meta es dividir los proveedores de cada comunidad en unidades económicas que compiten 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 el precio en el cual se enfoca es la prima anual que se paga por un plan de beneficios y no el precio que se paga

por cada servicio individual. Esta concepción es compatible con la existencia de copagos y deducibles aplicables a servicios individuales, que pueden usarse para influenciar la conducta de los usuarios, hacia un uso más racional de los servicios.

Por otra parte, la competencia regulada supone unos agentes compradores de servicios-inteligentes y activos-que contraten con los planes de salud en nombre de un grupo grande de afiliados y que, en forma continuada, monitorean, estructuran y ajustan el mercado en su natural tendencia a evitar la competencia por precio (tendencia natural a las fallas). A estos agentes se les denomina patrocinador (sponsor).

De la manera anterior, el patrocinador es una agencia que actúa como corredor y contrata con un plan de salud (idealmente una instancia que combina la financiación con la provisión de los servicios) lo relacionado con los beneficios cubiertos, los precios, los procedimientos de afiliación y otra 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 hacia la meta de conseguir la atención en salud de la más alta calidad posible para sus beneficiarios, dentro de los fondos disponibles.² Los patrocinadores pueden ser de naturaleza gubernamental, privada o mixta.

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

i) Un mercado con tres protagonistas, a saber: los patrocinadores, el consumidor consciente del costo y los planes de salud, que integran las funciones de financiación y provisión de los servicios.

ii) Disponibilidad de información relevante acerca de costos y calidades de los servicios.

3.3 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 planes deben aceptar a todo afiliado que sea presentado por un patrocinador. Todo afiliado tiene acceso subsidiado (ya sea por su empleador o por el gobierno) al plan más barato y las personas que elijan un plan más caro deben 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 planes de salud participantes.

iii) Administrar el proceso de afiliación, constituyéndose en el punto único de entrada a los planes de salud.

iv) Crear una demanda elástica al precio.³

v) Manejar la selección de riesgo.

Para poder conjurar las fallas del mercado y asegurar la competitividad, los patrocinadores deben utilizar una serie de herramientas que pueden resumirse en la forma siguiente (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 practicar la selección de riesgos.

2. Estandarización de planes de beneficios: es una homologación de los beneficios ofrecidos por todos los planes 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 desafiarse cambiando de plan. La elección del plan la hace cada afiliado individualmente, previa información suministrada por el patrocinador. Esta modalidad evita la selección adversa y brinda a los usuarios información para hacer una elección adecuada, así como para abandonar planes que no han satisfecho sus expectativas.

4. Continuidad en la cobertura: la desafiación es tan importante en la selección del riesgo como la afiliación. El patrocinador, mediante los contratos con los planes debe garantizar la afiliación permanente.

5. Vigilancia de los planes: deben monitorear el desempeño de cada uno de los planes, vigilar signos de selección de riesgo, e incluir mecanismos que prevengan tal fenómeno en los respectivos contratos.

6. Garantía de calidad: existen elementos de 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 adelantadas por el patrocinador; la monitoría de resultado de tratamientos, ajustados por riesgo, y los programas de evaluación de tecnologías se cuentan entre los últimos.

7. Acción procompetitiva: 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 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 planes de salud, diseñando y operando un sistema único de evaluación del riesgo y administrando el proceso de afiliación. Todos los planes 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 papel de 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 de 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 la manera anterior, los planes competirían por calidad y servicio pero no por precio.

3.4 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 incluyen su corrección teórica, el apoyo que puede tener en la evidencia empírica y las 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 argumentado sobre las motivaciones que puedan tener los patrocinadores para cumplir con sus funciones (CBO, 1993).

Broomberg (1994) ha realizado una revisión de los presupuestos y evidencias de la teoría, dentro del contexto de los países en desarrollo. En forma específica ha examinado tres argumentos de quienes propugnan esta teoría, a saber: los mercados manejados promueven la competencia entre los proveedores y por tanto mejoran su eficiencia; las relaciones contractuales son más eficientes que la administración directa de los servicios; 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 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 y otros, 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 despertaron entre los especialistas del sector, se contrastan con la resistencia que la competencia regulada suscita entre los especialistas del sector salud. La teoría, según los críticos, se fundamenta en la desconfianza de la capacidad que tienen los profesionales de las 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 caso y no de ensayos aleatorios.

3.5 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 Holanda, el Reino Unido y el de los Estados Unidos.

3.5.1 El caso de Holanda

En 1986 el gobierno holandés nombro 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 (OECD, 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,

- 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 esta 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, por 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 riesgos. 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 anteriores han provocado un proceso, paradójico, de estatización (Schut, 1995).

3.5.2 *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, al final de los años 80. Tal crisis motivo una iniciativa de reforma, cuya propuesta se concreto en el documento "Working for Patients" en 1989 (OECD, 1992).

La propuesta se basa en la idea de crear un "quasi-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 dentro 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 (OECD, 1992).

La financiación del sistema sigue a través de los impuestos generales y sin cargos para los usuarios. Se propone una separación de las funciones de compra y provisión de los servicios hospitalarios, mediante la introducción de la contratación. Las Autoridades Distritales de Salud (DHA) 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 DHA para que adquieran autonomía (OECD, 1992).

La implementación de la reforma se demoro 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 los 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 los anteriores hechos, 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).

3.5.3 *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 estrategias: 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 con base en el precio y la 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 conocido, esta propuesta fue derrotada en el Congreso, por diversos motivos, principalmente políticos y de intereses que se verían lastimados, los cuales 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 al sistema prevalente. La tendencia central de 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 en este capítulo han servido como base a la formulación de la reforma al sector salud en Colombia, como se examinara en las partes subsiguientes.

4. La reforma al sector salud en Colombia

En esta parte del trabajo se examinarán las motivaciones locales que han existido para impulsar una reforma al sector salud en Colombia, las cuales han actuado en conjunto con las tendencias internacionales que se examinaron en la parte 1. Así mismo, se hará un recuento de los principales hitos en el avance del proceso reformista.

4.1 *Motivaciones locales para la reforma*

En dos, podrían resumirse las motivaciones que han impulsado en Colombia un proceso de reforma al sector salud. La primera tiene que ver con los procesos de ajuste macroeconómico y de apertura de la economía tal como se menciona en la parte 1. Estos procesos tuvieron concreción en las reformas que introdujo la administración presidencial 1990-1994 y que exigieron, como consecuencia lógica, una reforma al 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, que se expusieron 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 término, 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 un cubrimiento universal, al modificarse las modalidades de la asignación y de provisión. En tercer lugar, los resultados inaceptables de las modalidades vigentes.

Un primer punto a 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 subsectores: el privado, el público y el de la seguridad social.

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

Por otra parte, el subsector 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. Sin embargo, su desarrollo tiene 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 subsectores mencionados. Al mismo tiempo, confiere al Estado la responsabilidad central en la financiación y provisión de los servicios.

El subsector de la seguridad social, que ha sido guiado por el régimen de oferta, surgió en Colombia bajo la concepción del "seguro social" inspirado en el modelo desarrollado por Bismarck en Alemania, en 1883, y por la concepción más amplia y moderna de "seguridad social", desarrollada en el Informe Beveridge, en Gran Bretaña en el año 1939. Este sistema, financiado por un impuesto a la nomina, fue concebido para el sector

moderno y formal de la economía y el origen de muchos de sus problemas en Colombia se deriva de esta concepción (Malloy, 1985).

La cristalización del mecanismo de seguridad social ocurrió a mediados de la década de los 40, mediante la expedición 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, orientado hacia los trabajadores del sector privado (Rengifo, 1982).

De la forma como se ha expuesto, un primer problema básico que trata de afrontar la corriente reformista en Colombia es la coexistencia de tres criterios diferentes para asignar los recursos destinados a los servicios de salud: el poder de compra (subsector privado), la necesidad de proteger a los ciudadanos económicamente activos (subsector de la seguridad social) y la pobreza (subsector público). La asignación de recursos determinada por estos tres criterios da origen a los tres subsectores institucionales, con recursos desiguales, organización diferente de los servicios y enfoque hacia grupos de población distintos, a pesar de lo cual una porción sustantiva de la población permanece sin cobertura. Esta situación no sólo refleja una seria situación de desigualdad sino que la refuerza continuamente (Frenk, 1991).

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

	Público	Seguridad social	Privado
Consulta externa	25.0%	13.5%	48%
Hospitalización	30.6%	13.9%	32%
Maternidad	35.7%	18.5%	17%
Cirugía	27.6%	17.0%	39%
Odontología	15.4%	8.1%	71%

En forma general, el sector público proporcionaría el 27% de los servicios, la seguridad social el 14% y el 59% de los servicios se prestarían dentro del subsector privado.

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

Las cifras anteriores, contrastadas con la proporción de servicios provistos por cada subsector, demuestran dos cosas importantes: en primer lugar la inequidad en el gasto entre el subsector público y el de la seguridad social y, en segundo lugar, la importancia del gasto y de la provisión de servicios privados. Por otra parte, demuestra que Colombia, comparada con otros países, gasta una cantidad considerable de recursos financieros en el sector 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 son los resultados que la situación, que se viene analizando, ha producido, frente a los objetivos de equidad, eficiencia, efectividad 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: el primero la cobertura poblacional de los servicios y en segundo lugar la cobertura de un sistema de aseguramiento. Los datos disponibles permiten afirmar que un 30% de la población aún no está cubierto por los servicios básicos de promoción y prevención, que tradicionalmente han estado a cargo del subsector público (Restrepo, 1994). En cuanto a los servicios de atención médica, el 19.2% de las personas que los requieren aducen 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, 1993; Harvard-Ministerio de Salud, 1996).

La cobertura del sistema del aseguramiento adquiere importancia, al considerar que el 50% de las personas que no tienen acceso a los servicios aducen como causa de esta situación la imposibilidad para 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.⁴ Para 1990, sólo el 20.9% de la población total del país y el 27.6% de la población económicamente activa estaban cubiertos por el sistema de seguridad social que, de esta forma, sólo cubría a cerca de 7 millones de beneficiarios. El progreso en la cobertura ha sido muy lento, si se consideran las mismas cifras anteriores para el año de 1970, cuando el sistema cubría al 7.5% de la población total y al 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 (Harvard-Ministerio de Salud, 1996).

En relación con la equidad, también existen problemas evidentes en cuanto a las condiciones de salud de la población (Restrepo, 1994; Harvard-Ministerio de Salud, 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 cuanto a la asignación de los recursos por grupos de población, por regiones y entre los diferentes tipos de servicios a los cuales se dedican los recursos (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 subsectores considerados y al interior de los sectores público y de la seguridad social (Restrepo, 1994; Restrepo y Ramírez, 1994; Molina, 1993). Al considerar la equidad es importante hacer una consideración especial sobre el subsector de la seguridad social.

Los problemas del sistema de seguridad social en Colombia son comunes a los que se han analizado para los sistemas de seguridad social en toda América Latina (Mc Greevey, 1990; Mesa-Lago, 1990) y que 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 macro y microeconómicas que ocasionan. En resumen, el sistema se fundamenta en un impuesto a la nómina que constituye una base impositiva muy estrecha y con rasgos regresivos, combinada con beneficios generosos, 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 sólo raramente.

De la manera anterior, la naturaleza de la financiación del sistema de seguro social determina a una baja cobertura poblacional 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 la inequidad en las condiciones de salud de las personas, se manifiesta en las diferencias entre áreas urbanas y rurales, entre distintas regiones, entre grupos ocupacionales y entre grupos de ingreso. La ineficiencia se manifiesta en la forma como se asignan los recursos entre las actividades de promoción-prevención y las actividades curativas.

El subsector público se encarga de las actividades de promoción, prevención y atención básica, atendiendo fundamentalmente a los pobres. Por su parte, la seguridad social se orienta a los sectores medios con énfasis a 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 es la ineficiencia técnica, a nivel de sus instituciones, tanto de dirección como de prestación de servicios. En el caso de la gestión macro 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 relación con las entidades de prestación de servicios existe una gran limitación en los sistemas de gestión, que afecta, con pocas excepciones, a las instituciones de los tres sectores que se han considerado y que, sumadas a problemas crónicos de desfinanciación, alteran su productividad.

Una encuesta, recientemente realizada a nivel nacional entre instituciones hospitalarias de los tres subsectores ha demostrado que, globalmente, los hospitales del país podrían entregar un 30% más de servicios de los que actualmente entregan. Aunque se registra una gran heterogeneidad, la productividad tiende a aumentar con la complejidad tecnológica de la institución y con el aumento del tamaño de la población a la cual sirve la institución (Harvard-Ministerio de Salud, 1996).

En relación con la calidad de los servicios, no existe una evaluación sistemática de este problema, 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.

4.2 La reforma al sector salud

Luego de la reforma de 1975, que diseñó el Sistema Nacional de Salud, el ímpetu reformista desapareció hasta 1990 cuando se expidió la Ley 10, mediante la cual se ordena la descentralización administrativa y financiera del subsector público. Esta ley fue complementada, dentro del mismo espíritu descentralizador, por las disposiciones de la nueva Constitución, expedida 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 los servicios de seguridad social y de salud como servicios públicos y como derechos irrenunciables de todos los ciudadanos. Se encarga al Estado la dirección y coordinación, pero se admite la participación privada en la prestación de los servicios y 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 en el segundo y tercer nivel. Aumenta las transferencias nacionales a los municipios y departamentos y establece unas

fórmulas, relacionadas con las necesidades de las diferentes localidades, para repartir dichas transferencias.

No existe una evaluación sistemática y comprensiva del avance en el proceso de descentralización del subsector público y su impacto en la equidad y en la eficiencia. Sin embargo, algunos estudios parciales y la evidencia anecdótica demuestran serios problemas en el proceso de descentralización. En general, el proceso de implementación de la descentralización ha sido muy lento, disparado por regiones y en su éxito, además ha faltado control social en su funcionamiento (Banco Mundial, 1994; DNP, 1995; Harvard-Ministerio de Salud, 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 adelantado en la mitad de los departamentos y en unos pocos municipios. Una dificultad importante para adelantar este proceso ha sido la imposibilidad de liquidar el pasivo prestacional 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 ejecución 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, desacuerdos políticos (sobre todo entre el nivel departamental y el municipal), 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 la iniciativa de una reforma al sistema de seguridad social. La iniciativa surgió 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 la tecnocracia del sector salud para que el tema de salud fuera incluido en la reforma.

De la forma anterior, durante los años 1991 y 92 se adelantaron 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 1993, 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 adelantar una reforma al sector salud en Colombia y se han relatado los principales pasos que condujeron a la formulación de una reforma al sistema de seguridad social. En la parte siguiente, se explicará el marco jurídico de la reforma y las características del modelo adoptado.

5. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia

5.1. *Características generales*

Los objetivos generales de la reforma son: garantizar la cobertura universal de un mecanismo de seguro de salud, que asegure el acceso a los servicios, promover la eficiencia en la provisión y mejorar la calidad de los servicios. Para lograr los anteriores objetivos se utilizan dos grandes estrategias: la primera es un seguro de salud obligatorio para lograr la cobertura universal, y la segunda es 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 esta obligado a afiliarse a una Empresa Promotora de Salud (EPS), la cual puede elegir libremente, mediante un pago (una cotización que proviene de un impuesto a la nomina o un aporte proporcional a sus ingresos, o un subsidio público) Tal pago lo hace acreedor, a quien paga 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 los accidentes de tráfico. 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.

5.2. *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 Fondo de Solidaridad y Garantía (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 la manera anterior, se busca que el dinero siga al usuario.

5.2.1 *El régimen contributivo*

Es un 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 entre 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 de base, el cual no pueda ser inferior al salario mínimo. Dos terceras partes de la cotización están a cargo del empleador y una tercera parte a cargo del trabajador. Un punto esta cotización es trasladado al FSG

para contribuir al régimen subsidiado. Para efecto del cálculo de la base de cotización de los trabajadores independientes, existe un sistema de presunción de ingreso con base en el 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 que el valor de la UPC sea mayor al pago de cada cotización, el FSG cancela la diferencia a la EPS.

5.2.2 *El régimen subsidiado*

Es un conjunto de normas que rigen la afiliación al sistema, cuando ésta 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, tal como 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 los beneficiarios y focalizar los subsidios se ha diseñado un sistema llamado SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios). Las personas que cumplan con los criterios 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.⁵

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.

5.2.3 *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.

El fondo tiene las siguientes subcuentas independientes:

1. De compensación interna del régimen contributivo.
2. De solidaridad con el régimen subsidiado.
3. De promoción de la salud.
4. Del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

Los recursos de la subcuenta de compensación del régimen contributivo se originan de la diferencia entre los ingresos provenientes de las cotizaciones y el valor de la UPC, que le es reconocido a cada EPS por cada uno de sus afiliados. La subcuenta de solidaridad con el régimen subsidiado, que cofinancia los subsidios que otorgan los entes territoriales, cuenta con los recursos de solidaridad y con aportes fiscales del orden nacional.⁶

La subcuenta de promoción de la salud se financia mediante una proporción de los recaudos por cotizaciones del régimen contributivo, que no pueden ser superior a un punto de tal cotización; estos recursos son complementarios a las apropiaciones 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 de tránsito se financia con los recursos del seguro obligatorio de accidentes de tránsito y con recursos fiscales del orden nacional.⁷

De la manera anterior, 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 prestar un plan de beneficios por una suma fija, asumiendo así un riesgo; debe mencionarse que el sistema reconoce la posibilidad de que la UPC pueda ser ajustada. 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 deducibles que ayudan a financiar el sistema y los segundos tienen por objeto racionalizar el uso de ciertos servicios.

5.3 La Organización de los servicios

La función de administración y organización de los servicios está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud 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 éstos tienen el derecho de elegir libremente a cual EPS se afilian y a cambiar 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 lleno de requisitos que tienen que ver con sus capacidad administrativa, un número mínimo y máximo de afiliados, 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 mecanismos para que los afiliados puedan acceder a los servicios de salud, girar al FSG la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y el valor de la UPC, y pagar los servicios que reciban sus afiliados a las 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 puede contratarlos con las IPS o con profesionales, buscando formas de contratación 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 el la relación contractual; tampoco pueden establecer acuerdos que tengan por objeto impedir el juego de la libre escogencia dentro del sistema. El Gobierno puede reglamentar parámetros de eficiencia y fijar límites por concepto de gastos administrativos y operativos de la actividad de promoción.

5.4 La prestación de servicios

La prestación de los servicios está a cargo de 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, estando prohibidos

para ellos cualquier tipo de acuerdo que impida la libre competencia. Las IPS deben acreditarse 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 a ellas vinculadas tienen el carácter de empleados públicos y adoptan un régimen de presupuestación con base en el 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.

5.5. *Los planes de beneficios*

El sistema reconoce varios planes de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud, la atención de urgencias, el Plan de Atención Básica y los planes complementarios. Además existe el seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional que no será explicado en este trabajo.

El POS es un conjunto de intervenciones de distinta naturaleza y grado de complejidad que garantiza la atención integral para todas las patologías. Se ha diseñado y puede ser modificado teniendo en cuenta la estructura demográfica, el perfil epidemiológico, la tecnología disponible y las condiciones financieras del sistema. Inicialmente se distingue 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 tal manera que el contenido del POS se haga 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.

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

El Plan de Atención Básica, que complementa al POS, contiene servicios comunitarios y personales que tengan externalidades, por lo cual es gratuito, obligatorio y financiado por recursos fiscales del gobierno nacional, complementados por recursos de los entes territoriales.

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

Las EPS pueden ofrecer planes complementarios al POS, que son financiados en su totalidad por el afiliado, con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias. Así mismo se permiten los seguros por indemnización.

Para los afiliados al régimen contributivo se reconoce el pago de incapacidades generadas por enfermedad; las incapacidades por accidente de trabajo o enfermedad profesional serán reconocidas por las EPS y se financiarán con cargo a recursos destinados para el 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 afiliados.

5.6. *La dirección, vigilancia y control del sistema*

El sistema funciona bajo la orientación, regulación, 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, 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, determinar medidas para evitar la selección adversa, recomendar los criterios para establecer las tarifas para los servicios de urgencia, accidentes de tráfico 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 que regulan 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 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 sancionatoria.

6. La reforma de 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 adoptado en Colombia. Asimismo, se examinará en qué medida los anteriores papeles y su articulación se ajustan a los postulados de la teoría de la competencia regulada.

6.1. *El papel del Estado*

Las posibles funciones, o la intervención, del Gobierno en un sistema de salud se han resumido en cinco puntos: 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 como deben conducirse las acciones de los agentes privados. La acción de informar se refiere a suministrar información que conduzca a inducir conductas 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 impuestos y concesión de subsidios para lograr tal efecto. Hay dos tipos de impuesto, el que se aplica a la nómina 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 a 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, 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 impuestos 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 una financiación totalmente estatal y que el FSG es el gran asegurador del sistema.

En cuanto a las ordenaciones que contiene 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 escogencia de los afiliados. La garantía de que estas prohibiciones se cumplan esta a cargo del poder de inspección y sanción que se otorga a la Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto a las reglas que se fijan para el funcionamiento del sistema, el gobierno, a través del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, tiene la potestad de regular los siguientes elementos del sistema:

- i) el monto de las cotizaciones y la proporción del subsidio a 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 copagos y cuotas moderadoras,
- vi) el contenido del plan de beneficios,
- vii) el valor de las tarifas para atención de urgencias y de efectos de catástrofes,
- viii) la entrada de los agentes al mercado (autorización de funcionamiento de las EPS, y acreditación y licenciamiento de proveedores de servicios, tanto institucionales como individuales),
- ix) fijación de gastos operativos y parámetros de eficiencia de las EPS.

En cuanto a la provisión de servicios, la reforma preserva esta función del gobierno, a través de instituciones descentralizadas y autónomas, las Empresas Sociales del Estado. No está claramente establecida en la Ley 100 la función de información que tiene el gobierno hacia los usuarios, hacia las EPS y hacia los proveedores de servicios. Pese a la anterior falta de claridad, se resalta en la ley la importancia de la promoción de la salud, como parte del Plan Atención Básica y de las intervenciones comprendidas en el POS. Por otra parte, se establece la obligación que tienen las EPS de entregar información a la Superintendencia de Salud.

Como se expuso en la primera parte del trabajo, la intervención del estado en la financiación y provisión de servicios de salud se justifica para conjurar las fallas del mercado. Enseguida se intentará analizar como dentro de la reforma colombiana la intervención del estado, en los términos que acaban de exponerse, afronta las fallas del mercado, tanto en la financiación como en la provisión de los servicios.

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 aseguramiento (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 del riesgo. Además esta expresa la prohibición de realizar tal práctica,
- iii) los copagos y cuotas moderadoras para evitar el efecto de aseguramiento.

No se han expedido normas específicas en relación sobre la monopolización o cartelización de las EPS, ni de los proveedores, aunque la ocurrencia de este fenómeno esta explícitamente prohibido por la Ley 100.

Las principales fallas del mercado en relación con la provisión de servicios, tal como se expusieron en la primera parte, son la actuación de los hospitales como monopolios naturales y los problemas de asimetría de 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),
- ii) la administración de la provisión de los servicios por parte de las EPS que puede incluir mecanismos como la monitoría del consumo, el pago por capitación a los médicos o por grupos de diagnóstico a las instituciones y la información a los usuarios, para evitar los problemas de información.

El impacto que tendrán la intervención del estado, tal como se ha explicado, y los diferentes mecanismos en que ella se concreta serán analizados posteriormente, en términos de la equidad y la eficiencia.

6.2. 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 para elegir los proveedores, dentro de aquellos que le sean ofrecidos por cada 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 del subsidio a la demanda.

El segundo elemento de mercado que rige en el nuevo sistema es la competencia entre las diferentes EPS para conseguir 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.

Al analizar la competencia que se debe dar entre las EPS por conseguir a los usuarios, es claro como esta no se da en términos del 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 términos de la calidad de los servicios que le ofrezcan al usuario. Igual fenómeno ocurre en la competencia que se da entre los proveedores para conseguir a los usuarios, al interior de cada EPS. Por el contrario, la competencia que se da entre los proveedores para conseguir contratos con las EPS si se da en términos de precio.

Debe resaltarse 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 el lado de 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 competencia mediante otros mecanismos como la selección de riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de productos y la erección de barreras para entrada de nuevos competidores. Como ya se vio, las anteriores formas de competencia tratan de conjurarse mediante la intervención del estado. El impacto de la competencia en el caso colombiano será examinado posteriormente.

Una vez se han hecho explícitos el papel del estado y el papel del mercado se procederá a analizar como se correlacionan, a la luz de la teoría de la competencia regulada.

6.3 *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 quedan claramente definidas y, para terminar, aquellas que definitivamente no aparecen.

Entre las condiciones que se requieren para que funcione la competencia regulada es claro como la reforma colombiana establece la protección financiera con carácter universal, mediante un seguro obligatorio de salud. Asimismo, la organización de la provisión de los servicios crea una instancia 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; por otra parte, crea conciencia de los costos entre los proveedores, especialmente entre las instituciones públicas y las del antiguo sistema de seguridad social.

No es muy claro en el modelo el papel de patrocinador, que es un elemento clave dentro de la competencia regulada. Las funciones que en la teoría se le asignan al patrocinador, en el modelo 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 reglas 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, monitorear la calidad e informar al usuario.

Lo mismo que con las funciones del patrocinador para conjurar las fallas del mercado y garantizar la competencia, sucede con los instrumentos que este puede utilizar, según son propuestos por Enthoven. 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 vigila la selección de riesgo en el aseguramiento. Las EPS monitorean el desempeño de los proveedores en cuanto al costo, la calidad de los servicios y la selección que puedan hacer 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 el caso del mercado del aseguramiento, al crear un seguro público obligatorio. Sin embargo, 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 la instancia de vigilancia para detectar este fenómeno, no existe 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 a los anteriores, en relación con el papel del patrocinador en el modelo colombiano. La ley considera dos opciones para la organización y la provisión de servicios: en primer lugar que la EPS integre las dos funciones, al estilo de los planes de salud administrada en los Estados Unidos; en segundo lugar, 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, esta la de sensibilizar al consumidor individual al precio y al costo de los servicios. La única diferencia de precio para el consumidor que se prevé en el modelo es aquella que tendría al pagarse por los planes complementarios.

En resumen, el nuevo modelo combina la acción del estado con la del mercado, y las estrategias del lado de la demanda como las del lado de la oferta, enmarcadas dentro de la teoría de la competencia regulada, para poder cumplir con los objetivos de equidad, eficiencia, efectividad 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.

7. Avances en el proceso de implementación de la reforma

Las ordenaciones de la Ley 100 de 1993, y de cerca de ciento cincuenta 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 postulados 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 el proceso de implementación; el balance del proceso de implementación, que a continuación se presenta, está fundamentado, esencialmente, en los hallazgos del Grupo de Harvard (Harvard-Minsalud 1996).

El balance se hará reseñando los progresos logrados y los obstáculos que han sido identificados para que avance el proceso. En seis puntos, se pueden resumir los principales progresos que se han conseguido en el proceso de implementación del nuevo modelo de seguridad social en salud.

El primer avance que debe ser registrado 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 60/1993, 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%, ajustando por la inflación, pasando de 828 millones a 1 346 millones de dólares. Se preveía que de 1995 a 1996, esta tendencia incremental

continuaría, a una tasa del 13% ajustando por inflación. 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 cobertura.

Para 1996, el Fondo de Solidaridad y Garantía ha dispuesto de 225 millones de dólares para otorgar subsidios a la demanda, los cuales han sido distribuidos a los diferentes municipios del país, permitiendo la afiliación al régimen subsidiado de 6 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 prestar atención a quienes no logren afiliarse durante el año 1996.

Es necesario llamar la atención que estos nuevos flujos de dinero se están orientando hacia los gobiernos locales y que se están administrando más cerca de aquellos que deben ser sus beneficiarios, quienes ahora tienen una oportunidad más clara para asegurarse de que sean correctamente utilizados.

El segundo avance logrado, mediante la afiliación familiar y la operación de las nuevas Empresas Promotoras de Salud, es el aumento de la cobertura del régimen contributivo a 3.5 millones de colombianos, adicionales 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 han identificado, mediante el sistema de localización de beneficiarios de los subsidios (SISBEN), más de 4.5 millones de personas.

En tercer lugar, la Superintendencia Nacional de Salud ha concedido autorización para funcionamiento a 26 Empresas Promotoras de Salud, entidades que trabajan como el motor del nuevo modelo de seguridad social. La operación de las Empresas Promotoras de Salud 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. Por otra parte, 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 cual se presentaron 14 EPS, 20 Cajas de Compensación Familiar y 144 Empresas Solidarias de Salud.

El cuarto punto que debe ser mencionado como avance en la implementación del nuevo sistema es la puesta a prueba, durante casi dos años de funcionamiento del sistema, de la Unidad de Pago por Capitación. Todos los indicios disponibles indican 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.

En quinto lugar, 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 efectiva, para tomar difíciles decisiones de política, cuyo acierto es fundamental para sentar unas bases firmes y garantizar la viabilidad futura del sistema. Hasta el momento esta instancia ha producido 39 acuerdos que cristalizan decisiones de política para la conducción del sistema.

El último avance que se registra es la identificación, cada vez más clara, 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 expedición. A este respecto, es necesario mencionar que se ha ganado terreno, al lograr que los diversos actores de la implementación de la Ley, sean conscientes de que se esta frente a un proceso largo, que requiere de decisiones y acciones incrementales. La experiencia internacional en procesos semejantes indica que una reforma al sector salud toma alrededor de diez años para poder convertirse en realidad operante.

En relación con los obstáculos detectados, se han clasificado en cuatro grandes grupos: los obstáculos en la financiación, los obstáculos en la formulación de políticas, los obstáculos de tipo institucional y los obstáculos derivados de la situación de los recursos humanos para el sector de la salud.

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 si 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 del incentivo para recaudar la cotización que corresponde al ingreso real del afiliado y si tienen el incentivo 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 para controlar la elusión, haciendo 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 para los de bajos ingresos que deben obtener un subsidio parcial, de origen fiscal.

Otro problema de tipo financiero, que se deriva de la transición entre el antiguo y el nuevo modelo, es la coexistencia de los subsidios por vía de 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.

En relación con la formulación de políticas, el principal obstáculo encontrado es la ausencia o deficiencia de cierta información, que es indispensable 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 defectuosa. Algunos ejemplos del hecho anterior lo constituye la información sobre costos, sobre patrones de demanda y utilización de servicios, sobre oferta de servicios (sobre todo los de naturaleza privada) y de recursos humanos, tanto para la administración como para la prestación. Además de la ausencia y defectos de la información, existe el problema adicional de la dificultad y poca experiencia para generar ciertos tipos 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 a nivel nacional como local, y con las instituciones de prestación de servicio, sobre todo las del subsector público y las que pertenecen al antiguo subsector de la seguridad social. En relación con las instituciones de dirección, comenzando con el Ministerio de salud, son organizaciones que tradicionalmente estuvieron dedicadas a administrar las instituciones públicas de prestación de servicios y a operar programas de salud pública.

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

Otro aspecto institucional importante tiene que ver con la vigilancia y control del sistema, relacionado de nuevo con la función de patrocinador que tiene el gobierno en el modelo adoptado. Tal función esta en cabeza 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 subsectores públicos y de seguridad social.

Sin embargo, dentro del nuevo modelo adquiere nuevas funciones para las cuales no ha desarrollado una suficiente capacidad, que son tan complejas como vigilar la evasión y elusión de las cotizaciones, vigilar las prácticas de selección de riesgo, monitorear la calidad de los servicios e informar a los usuarios sobre ella.

En cuanto a los recursos humanos del sector, existe preocupación en relación con su distribución y con la capacitación e incentivos que se requieren para su adecuado desempeño dentro del nuevo modelo. Aunque, como ya se mencionó, existen grandes deficiencias en la información disponible, parece claro que la disponibilidad en cantidad no es 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 generalista-especialista.

Especial consideración reviste el problema de falta de información, por parte del personal de salud, con respecto al nuevo modelo, su racionalidad y la forma de desempeño que exige, problema que es especialmente grave entre los médicos. El hecho anterior ha llevado a reacciones como la cartelización y a presionar movimientos contrarreformistas.

Teniendo en cuenta los avances y obstáculos que se han identificado en el proceso de implantación de la reforma a la seguridad social en salud, el Ministerio de Salud ha diseñado una agenda de mediano plazo, y previsto actividades con un horizonte de 10 años, para atacar los obstáculos identificados (Harvard-Minsalud, 1996). Tal agenda se ha denominado "Programa de Apoyo a la Reforma de Salud" y está siendo ejecutado con la financiación de un crédito que el Gobierno de Colombia ha contratado con el Banco Interamericano de Desarrollo.

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

8. Impacto de la reforma

Para comenzar a analizar el impacto de la reforma al 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 que existen en la información disponible para poder realizar una evaluación rigurosa y el horizonte de tiempo que se requiere 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 teórico y fundamentado, en los casos en que ello es posible, en evidencias empíricas provenientes de experiencias análogas. Se considerará, en primer lugar el impacto del modelo sobre los tres subsectores de servicios que se han venido considerando, enseguida se analizará el impacto sobre la eficiencia y, por último, se tratará de analizar el impacto del modelo sobre la equidad, tanto en las condiciones de salud como en el acceso a los servicios.

Una primera pregunta que resultaría 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 este interrogante puede

especularse sobre el efecto del nuevo orden sobre los tres subsectores prevalectantes antes de implantarse la reforma.

Un primer efecto esperado sería sobre el subsector 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 consumidor de los servicios privados de salud. Al ocurrir este hecho, sin embargo, los patrones de atención que brinda el sector privado deben modificarse y ajustarse a las regulaciones que fija el modelo.

Dentro del supuesto anterior pueden preverse dos modificaciones necesarias dentro del subsector privado: por un lado aquellos servicios privados 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 otro lado, 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 que hoy debe darse con base en factores diferentes.

En relación con los subsectores público y de seguridad social, el impacto grande se 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 calado, de muy diversa índole, entre las cuales tal vez la principal es el cambio en la 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 adelantarse con éxito.

De lo dicho hasta aquí puede deducirse que, en teoría, los nuevos mecanismos de financiación del sector deben forzar hacia una homogeneización en la organización y en las características de la prestación de los servicios, con una tendencia a eliminar progresivamente las diferencias prevalectantes entre los tres subsectores.

8.1. *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 cómo 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 mencionó 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, cuya consecución 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 (respecto de sus diferencias en términos de escalas, definición funcional y estructuras de producción y de propiedad) que se conjuga con la dificultad para identificar en ellos la instancia de decisión relevante y sus reales motivaciones. A este respecto la evidencia empírica, proveniente del Reino Unido, sugiere dos cosas, primero la existencia de un conflicto entre los clínicos y los administradores, en la forma como cada uno responde a los incentivos de la competencia; segundo, la confusión sobre la instancia que realmente decide dentro del hospital (los médicos o los administradores).

Un segundo problema son las ventajas de información que posee el hospital y su capacidad para responder a la presión de la competencia en una forma ineficiente y que beneficie sus propios intereses. La manifestación más conocida de este fenómeno, bien estudiada 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 otras formas de reducir la calidad, de tal manera que se maximizan los márgenes o los volúmenes financieros para el hospital. La evidencia empírica disponible ofrece un cuadro ambiguo y, para algunos, el impacto global de la competencia sobre la eficiencia de los servicios hospitalarios no es positivo. Por otro lado, se hace evidente la importancia de la existencia de condiciones restrictivas para que pueda darse la competencia por precio, como son la existencia de muchos competidores, la presencia de presupuestos limitados y el uso de mecanismos adecuados de pago.

Un problema adicional para ser considerado 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 a los efectos de eficiencia inherentes a la estructura de incentivos del contrato, por el aumento de la transparencia en la transacción y por la descentralización de la responsabilidad en la gestión.

La evidencia empírica, derivada de 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. En relación con la transparencia de la transacción, la evidencia empírica, proveniente de la Gran Bretaña, indica un efecto positivo tanto entre los compradores como entre los proveedores. Entre los primeros se traduce en interés por traducir el concepto de ganancia de salud en las estrategias de compra de servicios y en la sensibilidad por los costos, la calidad y por las necesidades de los usuarios. En relación con el efecto de la descentralización, no existe evidencia disponible, pero si 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 relación con los mecanismos de contención de costos es interesante el análisis hecho por Katz (1995) sobre los diversos mecanismos, tanto por la vía de la demanda como de la oferta, que se han propuesto e implementado en diversas circunstancias, anotándose que la mayoría de estos mecanismos están incorporados dentro del modelo adoptado por Colombia. Al considerar varios escenarios tipificados en que tales mecanismos pueden ser implementados, Katz prevé que, en un escenario como el colombiano, la presencia 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 que el aparato proveedor se fragmente y que se dualicen los patrones de demanda. Además, llama la atención sobre la necesidad de modificar la valoración que los usuarios tienen sobre las medidas de contención de costos, con el fin de afectar sus preferencias.

Otro problema para mencionar es el costo de las transacciones que, como ya se menciono en el caso del Reino Unido, puede aumentarse considerablemente en un modelo de contratación de servicios. Por ultimo, es conveniente mencionar el problema de aquellas áreas geográficas en donde la ausencia y la inconveniencia de varios 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 condiciones que deben ser cuidadosamente diseñadas para lograr efectos positivos. Deben señalarse las que parecen más importantes en el modelo adoptado por Colombia, como son el papel de las EPS como patrocinadores y compradores, que las debe llevar a monitorear y corregir las fallas del mercado, los mecanismos de pago que se adopten y la capacidad de gestión de los hospitales.

8.2. *El impacto sobre la equidad*

Para comenzar, resulta conveniente tratar de definir lo que se entiende por equidad, tanto en sentido general como en relación con la salud y resulta que, como en muchos temas, aparece más fácil definirla en términos negativos, es decir definiendo la inequidad. En términos económicos la inequidad puede definirse como una heterogeneidad en el ingreso, que se traduce en el fenómeno de la pobreza, con todas sus secuelas y factores asociados.

En el caso de la salud, la inequidad puede definirse en términos de las condiciones de salud de las personas y las poblaciones, o en términos de las probabilidades que los individuos tienen de acceder a los servicios de salud. Tales condiciones y probabilidades se asocian, en forma directa, con el ingreso. De la manera anterior, la inequidad en las condiciones de salud se refiere a diferencias entre los individuos y las poblaciones que son innecesarias, evitables y además injustas; por tanto, la equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido 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 probabilidad de acceso para necesidades iguales, igual utilización para igual necesidad e igual calidad de atención para todos (Whitehead, 1991). Así, en la equidad frente a los servicios de salud hay varios componentes: el acceso en si mismo, la utilización y la calidad de los servicios.

Un punto relevante en relación con la equidad en general, es su relación con las condiciones de salud y con los servicios de salud. En relación con el 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 velocidad a la 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. En relación con el 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 consideración 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 le 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 de otras condiciones de carácter más estructural, como es la adecuada distribución de bienes y servicios diferentes a 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 a 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. La anterior actitud se deriva de que los ricos creen que la de la atención médica se derivan externalidades significativas, lo cual no parece ser cierto; por otro lado, los ricos creen que ellos saben mejor que los pobres lo que maximiza 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, vía la provisión de un servicio para satisfacer tal necesidad.

Aparte de todas las consideraciones teóricas que se han hecho, y de todas las que se puedan hacer, el hecho 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 admite, 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 los impuestos a la nomina o al 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 hecho énfasis en la necesidad de 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 intervenciones con cobertura universal que se relacionan directamente con las ganancias en salud y en expectativa 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 el status de salud depende más de factores exógenos que de los servicios de salud, como se deduce de la ausencia de correlación entre el gasto en salud y la mortalidad infantil (Musgrove, 1996). Al mismo tiempo, se reconoce que la mejoría en 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 de la Gran Bretaña, 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 más alto retorno que en los países desarrollados en términos de su potencial para salvar vidas, prolongarlas y mejorar su calidad (Chernichovsky, 1995).

Al considerar el impacto que sobre la equidad pueden tener la reforma al 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, 1994). Pese a lo anterior, los servicios de salud si pueden entrar en un círculo virtuoso que mejore las condiciones de salud y contribuya, por ende, a mejorar la equidad. Se analizará enseguida como el nuevo modelo puede afectar el acceso a los servicios de salud y luego como puede incidir sobre las condiciones de salud.

En relación con la equidad en el acceso a los servicios, la pregunta clave a contestar es si el nuevo modelo contribuye a hacer más homogénea la probabilidad de acceder. 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 relación con el diseño financiero del sistema, los impuestos de los cuales se derivan los recursos y la existencia de subsidios cruzados parecen contribuir sustancialmente a una redistribución que contribuye a la equidad. Por otra parte, la modalidad de subsidios a la demanda, la existencia de un plan determinado de beneficios y la focalización con base en la vivienda, parecen garantizar que los subsidios llegarán a aquellos que realmente los necesitan y que serán utilizados para satisfacer las necesidades que realmente deben ser satisfechas. De la manera anterior 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.

El siguiente asunto es: dada una asignación equitativa de los recursos, tal asignación garantiza un acceso equitativo a los servicios? La respuesta depende de como el modelo resuelva las fallas del estado y las fallas del mercado, tanto en la financiación como en la provisión de los servicios. Al respecto ya se explicó 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 mostrado, como mecanismos efectivos, el aseguramiento universal y las leyes antimonopolio. Han demostrado moderada efectividad la afiliación abierta, la evaluación comunitaria del riesgo, los deducibles y copagos. El ajuste de riesgo es técnicamente muy complicado y es costoso. Son inefectivos la educación y las deducciones de impuestos (Hsiao, 1995). Para corregir las fallas del mercado en la provisión de los servicios han demostrado efectividad los pagos prospectivos o presupuestos prospectivos en los servicios hospitalarios, los pagos por capitación, el salario o por presupuesto global para el pago a los médicos, en contraposición al pago por servicio prestado (fee for service). La información al consumidor y la monitoría y revisión del consumo son caras y moderadamente efectivas. La sustitución de los médicos por otro tipo de personal ha demostrado ser inefectiva (Hsiao, 1995). No sobra anotar aquí que la selección de riesgo que tienden a practicar los proveedores puede ser más difícil de evitar que la que practican los aseguradores, ya 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 efectivos para conjurar las fallas del mercado, principalmente el aseguramiento universal, la afiliación abierta y la evaluación comunitaria del riesgo, para controlar la selección del 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 efectividad, también es cierto que tanto los aseguradores como los

proveedores han demostrado, en muchas circunstancias, una inusitada habilidad y sutileza para poner en práctica mecanismos de selección.

De la manera anterior puede concluirse que, en teoría, el modelo resuelve las fallas del mercado y por tanto garantiza equidad en el acceso. No obstante, no puede perderse de vista la posibilidad de que la pobreza de los individuos siga constituyendo un factor de baja accesibilidad, máxime mientras no se logre el cubrimiento universal del seguro; así mismo, debe hacerse énfasis en la importancia del papel que deben desarrollar los patrocinadores para monitorear y corregir permanentemente la ocurrencia de la selección de riesgo.

En relación con 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 debe suceder en el año 2001, cuando el plan de beneficios debe 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 mayores en cuanto a la contribución que el modelo hace a la equidad. En el segundo caso 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, si debe decirse que tiene dudosa validez el presupuesto 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 intervenciones 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 velocidad de enfermar y morir. Considerando lo anterior, es necesario dejar en claro que uno de los problemas más serios a resolver durante la transición es la garantía que los planes de beneficios se homologarán, conjurando el peligro evidente que ocurra lo contrario y que el modelo termine en un sistema de dos compartimentos.

Dentro del problema del plan de beneficios y su relación con la equidad esta el problema 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, UPC. La historia bonita del pago per cápita es que motiva a las actividades de promoción y prevención, que en general son baratas y que tienden a evitar la ocurrencia de la enfermedad y por tanto la utilización de los servicios curativos, que en general son caros.

De la manera anterior 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 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 a considerar en cuanto a la equidad y el acceso a los servicios, que es la asignación equitativa de los recursos por regiones. Al respecto, 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 el modelo de financiación y provisión adoptado por Colombia tiene sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud debe aceptarse que, en teoría, deben obtenerse ganancias sustanciales en la equidad y que 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. En segundo lugar, 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. Por otra parte, es esperanzador el hecho 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 probabilidades de vivir entre la población colombiana.

Para terminar, alguna consideración 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. La segunda, que es uno de los presupuestos de la teoría de la competencia regulada, que concibe a la eficiencia como una condición necesaria para lograr la equidad. Es claro como el modelo adoptado por Colombia se fundamenta en el segundo punto de vista. No obstante la creencia anterior, queda pendiente la posibilidad que en el juego de las fuerzas de la competencia se cierren servicios 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 integridad de la provisión (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. No obstante, queda el reto de implementar, adecuadamente, los mecanismos previstos en la teoría y de evaluar como se traducirán ellos en la realidad.

Notas

¹ El sistema prevaleciente en los Estados Unidos, calificado por Enthoven como de "guild free choice", se caracteriza por pago por servicio, práctica solitaria (o de pequeños grupos de especialistas), libre elección del proveedor y pago de los servicios por un tercero; este sistema funciona bajo 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. Las anteriores 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 efectividad como una virtud, el crecimiento explosivo de nuevas expresiones tecnológicas, 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 depravación.

² Ejemplos de los patrocinadores en el sistema de los Estados Unidos son los gobiernos federal y estatal, 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 a 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.

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 80 y que para 1990 cubrían, aproximadamente, a un millón de personas.

⁵ Las fuentes de financiación del régimen subsidiado son: i) 15 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) 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.

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 en salud, iii) un aporte del presupuesto nacional, de la siguiente forma: en 1994-1996 no será inferior a los recursos de 1 y 2; a partir de 1997 podrá llegar a ser igual a los recursos generados por 1, 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 de remesas de utilidades de empresas petroleras de Cusiana y Cupiagua, vii) los recursos del IVA social destinados a la ampliación de cobertura a las 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 cobrara en adición a ella, iii) los aportes presupuestales para las víctimas de terrorismo, correspondientes al Fondo de Solidaridad y Emergencia Social de la Presidencia, cuando éste se extinga.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaron, H.J., Schwartz, W.B. (1993), Managed competition: Little cost containment without budget limits. *Health Affairs* 12:204-215.
- Banco Mundial (1987), *Financing Health Services in Developing Countries: An Agenda for Reform. A World Bank Policy Study*, Washington, D.C.
- _____ (1993), *Informe sobre el desarrollo Mundial 1993, Invertir en Salud*, Washington, D.C.
- _____ (1994), Colombia. Toward increased efficiency and equity in the health sector. Can decentralization help? Sector Report No. 11933-CO.
- Barnard, K. (1990), Trends in health care: Beyond market economics. A reflection on 40 years past and 10 years future. En: *New directions in managing health care. Proceedings and outcome of a working group on new approaches to managing health services*, Leeds, United Kingdom, 29-31 January.
- Berman, P. (1995), Health sector reform: Making health development sustainable. En: P. Berman (ed.) *Health sector reform in developing countries. Making health development sustainable*. Harvard University Press, Cambridge.
- BID (1993a), Social Agenda Policy Group, *Towards an integrated framework for socio-economic reform in Latin America. Building blocks for a hemispheric consensus*, IDB, Washington.
- _____ (1993b), Social Agenda Policy Group. *Growth and poverty: assessment and reforms*, IDB, Washington.
- BID/PNUD (1993), *Reforma social y pobreza. Hacia una agenda integrada de desarrollo*. Banco Interamericano de Desarrollo, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Washington.
- Broomberg, J. (1994), Managing the health care market in developing countries: prospects and problems. *Health Policy and Planning*, 9(3):327-251.
- CBO (1993), *Managed competition and its potential to reduce health spending*. Congress of the United States. Congressional Budget Office, Washington.
- CEPAL (1992), *Equidad y transformación productiva: un enfoque integrado*, CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL/OPS (1994), *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*. Documento LC/G.1813(SES.25/18).
- Chernichovsky, D. (1995), What can developing economies learn from health system reforms of developed economies? or, is there some optimal path for health system development?. En: P. Berman (ed.) *Health sector reform in developing countries. Making health development sustainable*. Harvard University Press, Cambridge.
- Clinton, W. *The President Health Security Plan, The Clinton Blueprint*. The White House Domestic Policy Council, Washington.
- DANE (1993), *Las estadísticas sociales en Colombia*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Bogotá.
- DNP (1995), *Cómo va la descentralización*. Planeación y desarrollo, vol. 28, N° 2. Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

- Ellwood, P.M., Lundberg, G.D. (1996), Managed care. A work in progress. *JAMA*, 276:1083-1086.
- Enthoven, A. (1977), Consumer choice health plan: an approach to national health insurance based on regulated competition in the private sector. Stanford University Press, Stanford.
- _____ (1978), Consumer choice health plan. *New England Journal of Medicine*, 298:650-658, 709-720.
- _____ (1988), Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13:305-321.
- _____ (1991), A consumer-choice health plan for the 1990s. *New England Journal of Medicine*, 320:29-37.
- _____ (1993), The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, 12:2448.
- Enthoven, A, Kronick, R. (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*. 320:29-37, 94-101.
- Feachem, R.G.A. (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* 85:1619-1622.
- Fielding, J.E., Rice, T. (1993), Can managed competition solve the problems of market failure? *Health Affairs*, 12:216-228.
- Frenk, J. (1991), The public/private mix and human resources in health. Saitama Public Health Summit, Tokyo.
- Fuchs, V.R. (1986), The health economy. Harvard University Press, Cambridge.
- _____ (1993), The future of health policy. Harvard University Press, Cambridge.
- 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, INCAE, Quito.
- Harvard-Ministerio de Salud de Colombia (1996), Report on Colombia health reform and proposed master implementation plan. Final report. Colombia health care reform project team, Harvard School of Public Health. (Sin publicar).
- Hammer, S., Berman, P.A. (1995), Ends and means in public health policy in developing countries. En: PA. Berman (ed.): Health sector reform in developing countries. Making health development sustainable. Harvard University Press, Cambridge.
- Holland, W.W., Graham, C. (1994), Recent reforms in the British National health Service. Lessons for the United States. *American Journal of Public health*, 84:186-189.
- Hsiao, W. (1992), Comparing health care systems: what nations can learn from one another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 17:613-636.
- _____ (1994), "Marketization"- The illusory magic pill. *Health Economics*, 3:351-357.
- _____ (1995), Abnormal economics in the health sector. *Health Policy*, 32:125-139.
- Katz, J.M., Miranda, E. (1995), Reforma del sector salud, satisfacción del consumidor y contención de costos. Serie Políticas sociales 12. CEPAL, Santiago de Chile.
- Kronick, R., Goodman, D.C., Wennberg, J. (1993), The marketplace in health care reform. The demographic limitations of managed competition. *New England Journal of Medicine* 328:148-152.
- Lee, P.R., Etheredge, L. (1989), Clinical freedom: two lessons for the United Kingdom from United States experience with privatization of health care. *The Lancet*, February 4:263-265.

- Le Grand, J. (1991) Quasi-markets and social policy. *The Economic Journal*, 101:1256-1267.
- Malloy, J.M. (1985), Statecraft and social security policy and crisis. En: C. Mesa-Lago (ed.): *The crisis of social security and health care. Latin American experiences and lessons. Latin American monograph and documents series. University of Pittsburg, Pittsburg.*
- Maynard, A. (1991), Developing the health care market. *The Economic Journal*, 101:1277-1286.
- Mesa-Lago, C. (1990), Aspectos económicos de la seguridad social en América Latina y el Caribe: tendencias, problemas y alternativas para el año 2000. Un estudio comisionado por el Banco Mundial. Mimeo.
- Mc Greevey, W. (1990) Social security in Latin America. Issues and options for the World Bank. Internal discussion paper. World bank. Washington.
- Molina, C.G., Rueda, M.C., Giedion, U. (1993), El gasto en salud y distribución de subsidios en Colombia. Fedesarrollo-Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Musgrove, P. (1996), Public and private roles in health. Theory and financing patterns. Human Development Department. World Bank, Washington.
- New York Times Magazine, July 18, 1993. The abandoned father of health-care reform.
- OECD (1992), Health Policy Studies No. 2. The reform of health care. A comparative analysis of seven OECD countries, Paris.
- República de Colombia, 1991. Constitución Política de Colombia.
- Restrepo, M. (1994), Política Social, una propuesta para el área de la salud. Documentos de Trabajo, FESCOL, Bogotá.
- Restrepo, M., Ramírez, J.C. (1994), El sistema general de seguridad social en salud, el sistema de subsidio familiar y el papel de la Superintendencia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Superintendencia del Subsidio Familiar, Bogotá.
- Rengifo, J.M. (1982), La seguridad social en Colombia, 2a. Edición, Temis, Bogotá.
- Rutten, F., Van Der Linden, J.W. (1994), Integration of economic appraisal and health care policy in a health insurance system: the dutch case. *Social Sciences and Medicine*, 38:1609-1614.
- Schut, F.T. (1995), Health care reform in the Netherlands: balancing corporatism, etatism, and market mechanisms. *Journal of Health politics, Policy and Law*, 20:615-652.
- SELA (1994), La incorporación de la equidad en la estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe. Sistema Económico Latinoamericano. En: B. Kliksberg (ed.). Pobreza. Un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial. Fondo de Cultura Económica, México.
- Vall-Spinosa, A. (1991), Lessons from London: the british are reforming their National health service. *American Journal of Public Health*, 81:1566-1570.
- Waitzkin, H. (1994), The strange career of managed competition: from military failure to medical success? *American Journal of Public Health*, 84:482-489.
- Whitehead, M. (1991), Los conceptos y principios de la equidad en salud. Organización Panamericana de la Salud, Serie Reprints N° 9, Washington.

Serie Financiamiento del Desarrollo *

N°	Título
1	"Regulación y supervisión de la banca en la experiencia de liberalización financiera en Chile (1974-1988)" (LC/L.522), noviembre de 1989
2	"Ahorro e inversión bajo restricción externa y focal. El caso de Chile 1982-1987" (LC/L.526), diciembre de 1989
3	"Los determinantes del ahorro en México" (LC/L.549), febrero de 1990
4	"Ahorro y sistemas financieros: experiencia de América Latina. Resumen y conclusiones" (LC/L.553), abril de 1990
5	"La cooperación regional en los campos financiero y monetario" (LC/L.603), noviembre de 1990
6	"Regulación del sistema financiero y reforma del sistema de pasivos: experiencias de América Latina" (LC/L.609), enero de 1991
7	"El leasing como instrumento para facilitar el financiamiento de la inversión en la pequeña y mediana empresa de América Latina" (LC/L.652), noviembre de 1991
8	"Regulación y supervisión de la banca e instituciones financieras" (LC/L.655), noviembre de 1991
9	"Sistemas de pensiones de América Latina. Diagnóstico y alternativas de reforma" (LC/L.656), noviembre de 1991
10	"¿Existe aún una crisis de deuda latinoamericana?" (LC/L.664), diciembre de 1991
11	"La influencia de las variables financieras sobre las exportaciones bajo un régimen de racionamiento de crédito: una aproximación teórica y su aplicación al caso chileno" (LC/L.721), noviembre de 1992
12	"Las monedas comunes y la creación de liquidez regional" (LC/L.724), diciembre de 1992
13	"Análisis estadístico de los determinantes del ahorro en países de América Latina. Recomendaciones de política" (LC/L.755), junio de 1993
14	"Regulación, supervisión y desarrollo del mercado de valores" (LC/L.768), julio de 1993

* El lector interesado en números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Financiamiento de la División de Comercio Internacional, Transporte y Financiamiento, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago de Chile.

- 15 "Empresas de menor tamaño relativo: algunas características del caso brasileño" (LC/L.833), mayo de 1994
- 16 "El acceso de las pequeñas y medianas empresas al financiamiento y el programa nacional de apoyo a la PYME del Gobierno chileno: balance preliminar de una experiencia" (LC/L.834), mayo de 1994
- 17 "La experiencia en el financiamiento de la pequeña y mediana empresa en Costa Rica" (LC/L.835), mayo de 1994
- 18 "Acceso a los mercados internacionales de capital y desarrollo de instrumentos financieros: el caso de México" (LC/L.843), junio de 1994
- 19 "Fondos de pensiones y desarrollo del mercado de capitales en Chile: 1980-1993" (LC/L.839), mayo de 1994
- 20 "Situación y perspectivas de desarrollo del mercado de valores del Ecuador" (LC/L.830), junio de 1994
- 21 "Integración de las bolsas de valores en Centroamérica" (LC/L.856), agosto de 1994
- 22 "La reanudación de las corrientes privadas de capital hacia América Latina: el papel de los inversionistas norteamericanos" (LC/L.853), agosto de 1994
- 23 "Movimientos de capitales, estrategia exportadora y estabilidad macroeconómica en Chile" (LC/L.854), agosto de 1994
- 24 "Corrientes de fondos privados europeos hacia América Latina: hechos y planteamientos" (LC/L.855), agosto de 1994
- 25 "El movimiento de capitales en la Argentina" (LC/L.857), agosto de 1994
- 26 "Repunte de los flujos de capital y el desarrollo: implicaciones para las políticas económicas" (LC/L.859), agosto de 1994
- 27 "Flujos de capital: el caso de México" (LC/L.861), agosto de 1994
- 28 "El financiamiento latinoamericano en los mercados de capital de Japón" (LC/L.862), agosto de 1994
- 29 "Reforma a los sistemas de pensiones en América Latina y el Caribe" (LC/L.879), febrero de 1995
- 30 "Acumulación de reservas internacionales: sus causas efectos en el caso de Colombia" (LC/L.901), julio de 1995
- 31 "Financiamiento de las unidades económicas de pequeña escala en Ecuador" (LC/L.903), septiembre de 1995

- 32 "Acceso de la pequeña y microempresa al sistema financiero en Bolivia: situación actual y perspectivas" (LC/L.907), septiembre de 1995
- 33 "Private international capital flows to Brazil" (LC/L.909), octubre de 1995
- 34 "Políticas de financiamiento de las empresas de menor tamaño: experiencias recientes en América Latina" (LC/L.911), octubre de 1995
- 35 "Flujos financieros internacionales privados de capital a Costa Rica" (LC/L.914), octubre de 1995
- 36 "Distribución del ingreso, asignación de recursos y shocks macroeconómicos. Un modelo de equilibrio general computado para la Argentina en 1993" (LC/L.940), mayo de 1996
- 37 "Operación de conglomerados financieros en Chile: una propuesta" (LC/L.949), julio de 1996
- 38 "Efectos de los shocks macroeconómicos y de las políticas de ajuste sobre la distribución del ingreso en Colombia" (LC/L.965), agosto de 1996
- 39 "Nota sobre el aumento del ahorro nacional en Chile, 1980-1994" (LC/L.984), octubre de 1996
- 40 "Flujos de capital externo en América Latina y el Caribe: experiencias y políticas en los noventa" (LC/L.1002), abril de 1997
- 41 "Surgimiento y desarrollo de los grupos financieros en México" (LC/L.1003), abril de 1997
- 42 "Una revisión de las políticas de vivienda aplicadas a partir de 1986" (LC/L.1004), mayo de 1997
- 43 "Choques, respostas de politica economica e distribuição de renda no Brasil" (LC/L.1005), mayo de 1997
- 44 "Distribución del ingreso, shocks y políticas macroeconómicas" (LC/L.1006), mayo de 1997
- 45 "Pension reform in Central and Eastern Europe: necessity, approaches, and open questions" (LC/L.1007), mayo de 1997
- 46 "Financiamiento de la vivienda de estratos de ingresos medios y bajos: la experiencia chilena" (LC/L.1008), mayo de 1997
- 47 "La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada" (LC/L.1009), mayo de 1997