

# Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

## La radical transformación de la Ley 100

La implantación Ley 100 de 1993 representó uno de los cambios más radicales que se han llevado a cabo en los sistemas de salud para países en desarrollo (Musgrove, 2010). Sus objetivos principales fueron la universalización de los servicios de salud y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales. El marco de referencia que la soportó, impulsó un modelo inédito, que implicaba una nueva estructura institucional para los sistemas de salud. Esta aproximación teórica acuñó el término de pluralismo estructurado, bajo el cual se buscaba evolucionar el modelo de sistema de salud segmentado que se había impuesto durante la mitad del siglo XX en América Latina y otros países en desarrollo (Londoño & Frenk, 1997).

La principal objeción sobre la efectividad de los sistemas de salud segmentados eran las bajas coberturas poblacionales obtenidas después de más de cuarenta años de implantación a lo largo de América Latina. Con excepción de México y Costa Rica, la cobertura de los seguros sociales no había llegado a las poblaciones más pobres y la inequidad en el acceso a servicios era un factor que afectaba el bienestar social (Mesa – Lago, 2005).

En el modelo segmentado se partía de las características de monopolio natural, en el cual se sustentaban los esquemas segmentados de seguridad social desde la teoría económica. Este tipo de mercado se fundamenta en la posibilidad que un único productor oferte un bien o servicio, de manera más eficiente que lo harían varios productores en competencia. Esto, debido a una situación especial en la cual sus costos de producción pudiesen ser menores que los de varios productores privados compitiendo<sup>1</sup>. El modelo de monopolio natural permite que el proveedor monopolista pueda obtener ventajas de su posición dominante, al ajustar siempre su precio por encima del coste marginal (o coste de producir una unidad adicional). Este nivel de producción de bienes o servicios siempre será menor que el nivel de consumo óptimo de ese bien o servicio. En los sistemas de salud ello

puede implicar racionamientos de servicios o reducción de las coberturas de servicios. Esta dualidad entre monopolio natural y modelo competitivo aún no ha sido resuelta desde sus ventajas comparativas. Por esa razón aún coexisten sistemas segmentados con sistemas competitivos. Stiglitz (1994) plantea que la lógica económica de la inserción del monopolio natural en los sistemas de salud reside en su capacidad de generar economías de escala de la compra y provisión de insumos y procedimientos. En contraste, la línea de pensamiento marginalista estima que el equilibrio competitivo provee mayores condiciones para la eficiencia.

En Colombia, las consideraciones sociales que impulsaron la reforma de 1993 enfatizaban que el modelo segmentado de seguridad social no cubría más del 25% de la población (Velandia, 1990) y que eran considerables las inequidades entre ricos y pobres, así como entre área urbana y rural o diferentes regiones geográficas del país (Pabón, 1986).

La Ley 100 planteó un diseño macro económico orientado a aumentar la inversión en salud y mejorar su eficiencia asignativa. También impulsó un esquema micro económico funcional bajo un enfoque de integración horizontal público – privado en la organización de la prestación de servicios. La lógica subyacente era la separación de la financiación y la provisión como mecanismo para imprimir mayor eficiencia técnica al sistema. Como William Hsiao (2010) plantea, la reforma colombiana “giró dos botones de mando de manera simultánea, ..., cambió la financiación..., y la organización, para lo cual utilizó la competencia gerenciada como modelo para tratar la eficiencia y calidad de los servicios” El sistema colombiano estructuró su funcionalidad micro económica adoptando, para un sistema de seguro público, el esquema de administración gerenciada, de acuerdo con los planteamientos y experiencias que se

estaba implantando en el mercado de aseguramiento privado de los Estados Unidos desde finales de la década de los 80. Estos arreglos buscaban la eficiencia a través de la organización de redes “gestionadas” de servicios en las cuales mediante esquemas de contratos buscaban regular precios y calidad a través de sistemas cerrados de prestación, propiciando economías de escala en los precios. Se buscaba la eficiencia y reducción de las presiones inflacionarias sobre los precios de las prestaciones médicas (Entoven, 1993).

En cuanto al papel del Estado, la reforma colombiana reposicionó el rol del gobierno en la función de modulador de los diferentes agentes institucionales que generó el nuevo sistema de salud. Este papel se concentró en instituciones tales como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), instancia que convocaba los agentes y tomaba decisiones sobre el ajuste del sistema.

El modelo de regulación vía modulación que presidía el CNSSS hizo paulatinamente crisis, a causa de la insatisfacción de los agentes sobre su efectividad como mecanismo regulador. Las consideraciones de los agentes sobre las fallas del CNSSS se enfocaban en su posible captura por parte de algunos agentes. Así mismo, se señalaba su relativa incapacidad de regular en contra de las posiciones de los propios agentes que lo integraban (Restrepo, 2002; Rodríguez, 2007)

Bajo la Ley 1122 de 2007 se reemplazó el CNSSS por la Comisión de Regulación en Salud (CRES). Se esperaba que una comisión gubernamental con mayor grado de independencia tuviese mayor capacidad para equilibrar las condiciones de operación y los incentivos que se habían desarrollado y afectaban las condiciones de posibilidad del sistema.

La CRES ha tenido funciones concentradas en el ajuste del Plan Obligatorio de Servicios

de Salud (POS) y la fijación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Las demás funciones regulatorias del CNSSS no fueron asignadas generando un importante vacío regulatorio. La CRES realiza el primer ajuste extenso del POS en 2012, cinco años después de instituida y 19 después de promulgada la Ley 100. Bajo el amago de una nueva crisis sectorial, el gobierno adopta la vigente posición de liquidarla para dar espacios a una nueva institucionalidad regulatoria.

El contexto institucional que impulsa el actual gobierno implica un reposicionamiento del Ministerio de Salud como ente regulatorio del sistema. Desde el enfoque de los servicios, la Ley 1438 de 2011 busca replantear el balance del sistema entre los servicios prestacionales de tipo curativo y las acciones de salud colectiva. Sin embargo, es también evidente que esto implica también un cambio de paradigma desde la funcionalidad del sistema, en base al análisis de los mercados, hacia la consolidación de la rectoría por parte del gobierno.

### Las diferencias entre aseguramiento social y aseguramiento privado

Para entender la problemática del sistema de salud colombiano, sin caer en errores conceptuales, es necesario hacer una distinción entre el aseguramiento social y el aseguramiento privado. El aseguramiento privado es voluntario, se basa en la aversión al riesgo que las personas tienen hacia la incertidumbre derivada eventos adversos de salud. La aversión al riesgo es una característica de la conducta que la mayor parte de las personas tienen al asumir riesgos que puedan implicar gastos catastróficos que afecten sus finanzas personales.

El sistema de salud Estadunidense está basado en un modelo de aseguramiento privado. En ese caso se consideran los ser-

vicios de salud como bienes privados y por tanto sujetos de aseguramiento voluntario por parte de las personas. El seguro privado es el mecanismo para controlar los riesgos derivados de las condiciones emergentes derivadas de la incidencia de enfermedad. Los programas de seguro público se consideran, en los Estados Unidos, parte de asistencia social. En el aseguramiento privado, el precio de la prima de seguro se basa en el riesgo individual de las personas que conforman un pool de riesgo, ya sean afiliados a través de la empresa en que laboran o de grupos colectivos de asegurados. El asegurador fija la prima con base al riesgo esperado y a partir de la información de la ejecución de gastos del periodo anterior. Esto se denomina análisis actuarial. El precio por tanto de la prima se fija en el mercado a partir de información controlada por el propio asegurador.

El aseguramiento social parte de considerar a los servicios de salud como bienes que debe garantizar el Estado (bienes meritarios). De acuerdo con la definición de Normand (1999) se caracteriza por la conformación de fondos de aseguramiento que integran riesgos, captan de las contribuciones e impuestos y garantizan un conjunto de derechos para las personas aseguradas bajo la coordinación del Estado. El aseguramiento social puede ser provisto por uno o más fondos de aseguramiento y en general tiende a garantizar la cobertura integral de riesgos. El asegurador, en el ámbito del aseguramiento social, debe atenerse a unas condiciones regulatorias de mercado. Los beneficios usualmente son también regulados. Según Carrin (2005) las funciones básicas de un asegurador social son:

1. Recolectar las contribuciones de la población de los asegurados.
2. Integrar los riesgos para realizar la protección financiera de los individuos.
3. Comprar y contratar servicios a los proveedores.

Entre los diferentes actores del sistema de salud colombiano, existe confusión acerca de las diferencias entre los mecanismos de actuación del asegurador privado y el asegurador social. El ámbito de desarrollo del régimen contributivo colombiano tiene características de aseguramiento social, mientras que el de operación del régimen subsidiado contiene una mezcla de características de sistema público y aseguramiento social. El aseguramiento privado en Colombia corresponde a los planes de medicina prepagada y pólizas de hospitalización y cirugía. Las reglas de funcionamiento dentro del sistema son claramente diferenciadas entre aseguramiento privado y aseguramiento social. Siendo el único mecanismo de integración, la obligación que existe para el aseguramiento privado, de que los asegurados estén cubiertos previamente por el régimen contributivo.

El mercado de aseguramiento privado (medicina prepagada, pólizas de hospitalización y cirugía) gira alrededor de la venta de pólizas de cobertura o planes complementarios. En el aseguramiento social, dado que las características de la cobertura son reguladas y el precio está previamente establecido a través de la UPC, la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas para mantener un pool de riesgo equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Desde el punto de vista regulatorio, las condiciones de funcionamiento del aseguramiento social son determinadas desde los intereses de la función de bienestar social del Estado. Los aseguradores sociales deben orientarse hacia el cumplimiento de un conjunto de normas establecidas y determinadas a través de los planes de beneficios y de las condiciones reglamentarias de funcionamiento determinadas por el Estado.

El planteamiento original de la Ley 100 no contempla que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) fuesen a asumir riesgo y por tanto no se consideraron aseguradores. Esta situación se reveló en el desarrollo del sistema y fue protocolizada en la Ley 1122 de 2007.

### El desarrollo de un sistema garantista

El desarrollo institucional<sup>2</sup> planteado por la Ley 100 de 1993 se concibió desde el concepto de seguridad social integral y bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. La universalidad buscaba extender una garantía a toda la población colombiana. La solidaridad incluía el manejo de los riesgos entre grupos poblacionales a través de la compensación cruzada desde los más fuertes hacia los más débiles. La eficiencia se integraba al aspecto técnico de mejor utilización de los recursos disponibles. Por último, la integralidad se refería a la cobertura comprensiva de las contingencias sobre los ingresos consecuencia de las contingencias de la salud.

En la reforma quedó consagrado el derecho a la seguridad social definido como un proceso progresivo de "cobertura a toda la población" (Artículo 3, Ley 100). Desde el Estado se define a la seguridad social como un servicio público obligatorio y esencial con coordinación, dirección y control a cargo del Estado debajo de la forma de un sistema (Artículo 5, Ley 100). Este sistema es definido como una "institucionalidad de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, ..., conformado por regímenes generales en pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios".

En la formulación del sistema de seguridad social en salud se adicionaron los principios de equidad, obligatoriedad, libertad de escogencia, autonomía de las instituciones y descentralización administrativa, entre

otras. En la explicitación de los objetivos del sistema de salud se concentra en “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso al servicio en todos los niveles de atención”. (Artículo 152, Ley 100). Sin embargo, al descomponer la intervención del Estado, esta se concentra en dos funciones de las cuales solamente una integra las acciones de dirección sobre la prestación de servicios de salud (Artículo 154, i; Ley 100). Sin embargo, en el Artículo 156 especifica que el Gobierno Nacional “dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud”.

La reforma de 1993 definió cuatro instituciones de dirección del sistema: 1) Ministerio de Salud y Trabajo, 2) Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y 3) Superintendencia Nacional de Salud. Sin embargo, en la distribución de funciones critica en el centro al CNSSS con los principales funciones de regulación del sistema dejando al Ministerio de Salud en funciones de tipo ejecutor e implementados de dichas decisiones.

El CNSSS concretó las funciones de definiciones del Plan Obligatorio de Servicio (POS), determinan de la cotización y la prima de aseguramiento (UPC), definir criterios de selección de beneficios y recomendaciones para establecer tarifas. Por último, el CNSSS realizó las funciones de consejo de administrador del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), convirtiéndose en ente controlador de las decisiones de gasto público en salud (Artículo 172, Ley 100). La Superintendencia Nacional de Salud asumió las funciones de inspección, vigilancia y control del sistema con probabilidad de aplicar multas e intervenir las entidades públicas y privadas del sistema de salud.

## Mercados y dilemas regulatorios

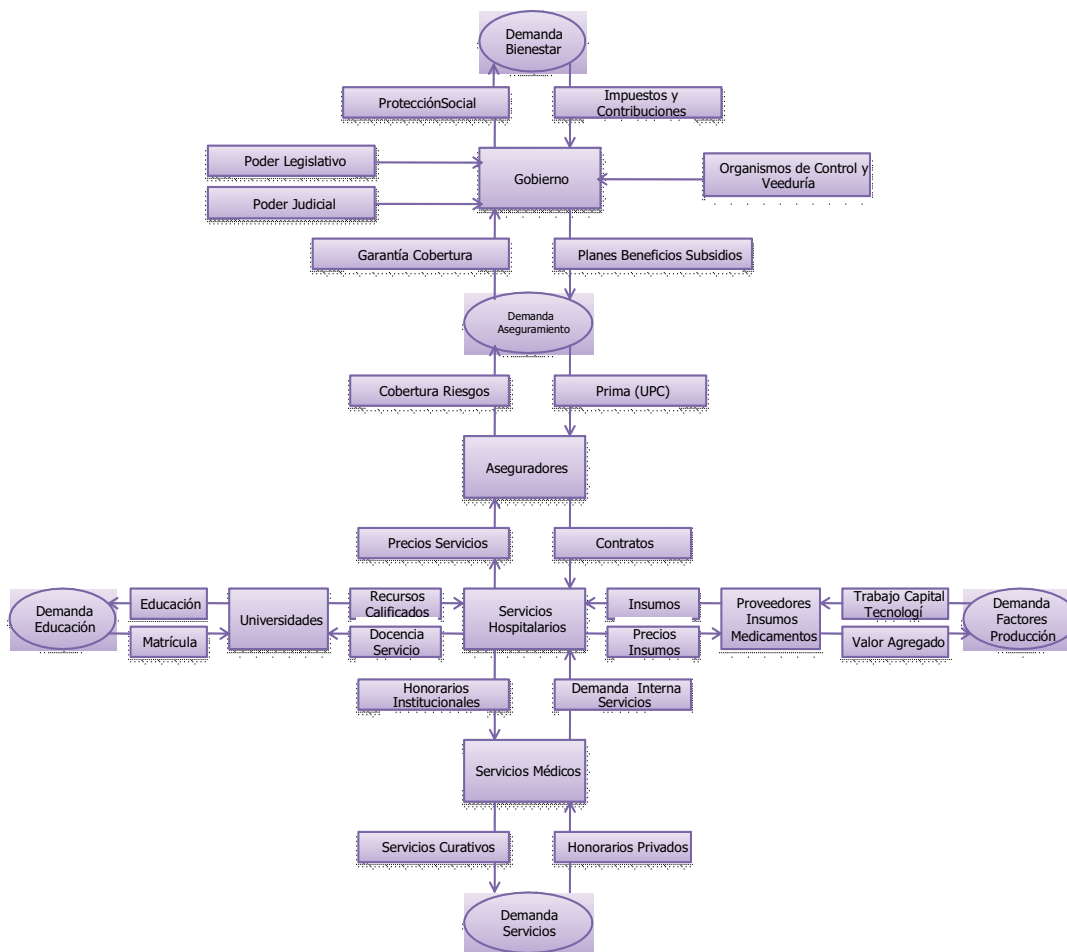
Con excepción de la función asignada al CNSSS de definir medidas para evitar la selección adversa de usuarios entre entidades prioritarias de salud (EPS) no se especifica en la Ley 100 una aproximación a los problemas de naturaleza regulatoria que podría enfrentar los agentes a partir de las conductas competitivas de los agentes.

La Ley 100 no involucra ninguna consideración a la conformación de flujos de renta que se iba a generar a partir de la integración de Promotores y Prestadores público privadas. Esta limitación se expresó, también, en la ausencia de una definición sobre los mecanismos contractuales entre EPS e IPS. La aproximación a la relaciones entre promotores y prestadores corresponde a la de un sistema público en la que los componentes del sistema actuarían bajo flujos de órdenes que es propio de las estructuras burocráticas gubernamentales.

Un segundo descubrimiento en la implementación de la Ley 100, fue la generación de mercados de salud. Lastimosamente aún no es evidente que la institucionalidad haya comprendido, en su cabalidad, que como consecuencia de la existencia de mercados, se iban a generar fallos de mercado y que el rol del Estado debería incluir el desarrollo de una regulación eficaz del modelo de aseguramiento.

El diagrama 1 presenta un modelo de funcionalidad e incentivos completamente diferente al planteado en la Ley 100 pero que puede considerarse como resultados de su implementación a los largo de los pasados 20 años. A partir de principios y hasta la nueva institucionalidad, se posibilitaron diferentes arreglos organizacionales y transaccionales que influenciaron la funcionalidad de los mercados. La racionalidad del funcionamiento privado se impuso. La no comprensión de los fallos y mecanismos de

Diagrama 1. Grafico de mercados interconectados



Referencia: Ruiz & Uprimny, 2012

funcionalidad de los mercados impulsó una aparente contradicción entre los principios del sistema y los incentivos de los agentes de mercado. Ante la ausencia de un marco analítico, la interpretación de los incentivos y racionalidad privada se han interpretado como conductas dolosas o corruptas.

La primera contradicción en un contexto de mercados interconectados de aseguramiento es que el gobierno es, al mismo tiempo, agente y regulador. El gobierno compra aseguramiento de salud para la población con el fin de atender su demanda de bienestar social. Este es el contrato que soporta la institucionalidad planteada en la Ley 100. Sin embargo, el contrato tiene unas características que lo definen como un contrato incompleto.<sup>3</sup>

En la “compra” de aseguramiento que hace el gobierno, este 1) define unilateralmente el producto a través de la especificación del POS, 2) determina el precio que va a pagar por unidad producida al fallar la prima (UPC) y 3) Puede imponer las cantidades a ser consumidos a través del mecanismo de tutela donde el Estado tiene la discrecionalidad para obligar a la EPS a asumir los servicios negados a los usuarios.

Las condiciones del contrato que asume la EPS, la condicionan a compensar su contrato a través de sus proveedores. Las condiciones de incertidumbre de la demanda de servicios de salud provienen tanto de la incierta presentación de su enfermedad como de su curso clínico. El asegurador busca transferir las incertidumbre a través

de contratos con transferencia de riesgo a los proveedores, principalmente las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

Como se especificó anteriormente, el arreglo resultante entre aseguradores y prestadores adoptó la toma de administración gerenciada proveniente de arreglo entre aseguradores privados y hospitales en los Estados Unidos.<sup>4</sup>

Es posible que la adopción de incentivos para la contratación selectiva de volúmenes de procedimientos haya conducido a la reducción en los precios de los servicios comprados por los aseguradores; sin embargo este efecto no necesariamente ha sido homogéneo entre los diferentes segmentos tecnológicos de los procedimientos médicos y entre diferentes regiones del país. Hay evidencia que los segmentos de alta complejidad con mayor agregado tecnológico tienden a tener precio más elevado mientras los procedimientos de baja complejidad se transan por precios comparativamente más bajos. (Ruiz, 2008)

El proceso de la configuración de los mercados de aseguramiento y provisión de servicios de salud ha sido errático. La diferenciación entre regímenes de aseguramiento contributivo y subsidiado ha conducido a la generación de dos mercados claramente segmentados, según régimen con pocos aseguradores que participan en los dos regímenes. Esto ha conyugado las diferencias en las condiciones de los dos segmentos de mercado. El régimen contributivo es más competitivo con mayor autonomía del asegurador para manejar los riesgos de salud. Mientras tanto, el régimen subsidiado se encuentra más ligado al sistema público y existen barreras de entrada e incluso intervenciones regulatorias que han intervenido el funcionamiento del mercado. En las condiciones actuales de equiparación de los dos regímenes esas barreras parecieran diluirse. Sin embargo, subsiste el problema

de las condiciones preferenciales determinadas por ley para los hospitales públicos en el aseguramiento subsidiado.

Otra relación relevante en el contexto de mercados interconectados, está dada entre aseguradores, proveedores de servicio de recursos humanos en salud. Los médicos deben ser considerados agentes de mercado (Satterthwhite, 1985) y especial los médicos especialistas. La disponibilidad de médicos especialistas es una condición crítica para la funcionalidad de cualquier sistema de salud. En Colombia la disponibilidad de médicos, especialistas y en recurso humano en general, está determinada por la capacidad de formación desde las universidades. Se ha observado una expansión de la oferta de facultades de salud. Sin embargo, esto no necesariamente ha implicado una expansión de los programas de especialidad médica. Hay una restricción importante en la disponibilidad de docentes para la formación de un número suficiente de especialistas en el país. Hay evidencia de una reducción en la tasa de médicos graduados que acceden a especialidad (Ruiz, 2008). Este consolida otro mercado interconectado que se relaciona con toda la disponibilidad de recursos humanos en el país. La situación muestra condiciones particularmente críticas, dado que el sistema se ha venido expandiendo tanto en cobertura de servicios a partir de la equiparación del POS como en el crecimiento en el aseguramiento que se ha experimentado durante los últimos 10 años. Es una incógnita, si la disponibilidad de especialista tiene la capacidad de responder ante las condiciones crecientes de la demanda de los servicios de salud. Empero, algunos datos sugieren un deterioro de la oportunidad en la atención de medicina especializada, lo cual conlleva a un incremento en las potenciales listas de espera para servicios y condiciones de eficiencia técnica del sistema.

Por último, pero no menos importante es el mercado de proveedores de insumos y medicamentos a los servicios de salud. Este mercado está particularmente interconectado con el mercado de prestación y tiene relaciones relevantes con el mercado de aseguramiento. Hay evidencia acerca de incrementos no explicables en los precios de los medicamentos a nivel nacional y en particular en los medicamentos de marca comparativamente con países de Latinoamérica de similar desarrollo (Garavito, 2009). Este incremento se presenta especialmente en los medicamentos más costosos y con mayor agregado tecnológico, donde la existencia de patentes es un factor crítico en la determinación del precio.

Trascurridos casi 20 años, el conocimiento sobre las condiciones de los mercados es muy limitado a pesar de todos los factores y fallos que los mercados generan y cuyos efectos financieros y en el acceso a los servicios es evidente en la literatura de la economía. Existe evidencia cualitativa sobre diferencias importantes entre mercados de prestación con tendencia a posición dominante en algunos mercados específicos, como es el caso de mercado de prestación de Medellín donde de acuerdo con la mayoría de los agentes los precios de los procedimientos tienden a sus más altos y las condiciones de contratación más duras. Esto ha generado efectos de retiro de los aseguradores especialmente en el régimen subsidiado. Existe evidencia relevante sobre la posibilidad de existencia de monopsonios o monopolios bilaterales que afectan definitivamente las condiciones de competitividad y precio de los mercados.<sup>5</sup>

De acuerdo con la literatura económica, las condiciones de funcionamiento de los mercados dependen críticamente de la propia estructura de los mercados. La Ley 100 fue planteada bajo el supuesto de la existencia de mercados competitivos en salud. Los mercados no se reducen a los mercados de aseguramiento como se ha promulga-

do comúnmente en Colombia. Santerre & Neun (2007) especifican al menos cinco industrias en los sistemas modernos de salud (aseguramiento, servicios médicos, servicios hospitalarios, farmacéuticos e insumos y cuidados de largo término). Las relaciones entre estas industrias implican la generación de rentas y utilidades. En el contexto colombiano, de cerca de 1600 IPS, 45% son de naturaleza privada y su participación en el segmento de alta tecnología es predominante los servicios médicos especialistas se transan en contratos y modelos de pago de tipo privado y la participación de la industria farmacéutica es casi totalmente privada.

### Determinantes de los fallos de mercado

En el modelo colombiano existen asimetrías de información entre mercados y agentes, lo cual conforma las principales condiciones de fallo de mercado. La información entre agentes y condiciones de mercado es muy limitada. Incluso para algunos agentes el hecho de disponer de mejor información tiende a generar condiciones anticompetitivas.

La primera condición de fallo de mercado es el abuso moral, que está extensamente descrito en la literatura a partir de los trabajos de Mark Pauly (1968). Este es el principal limitante que se identificó a la expansión de los modelos de aseguramiento y básicamente está determinada por el cambio de conducta que hace el consumir de servicios una vez se percibe asegurado y que lo impulsa a extraer rentas de la aseguradora a través de un consumo desproporcionado. Este condicionante de abuso moral ha sido fuertemente contrastado por John Nyman (2003), quien lo define como un efecto acceso. En particular cuando hay poblaciones que tienen mayores riesgos o consumos contenidos de servicios y una vez llega el aseguramiento, este consumo natural se da a través de un efecto ingreso,



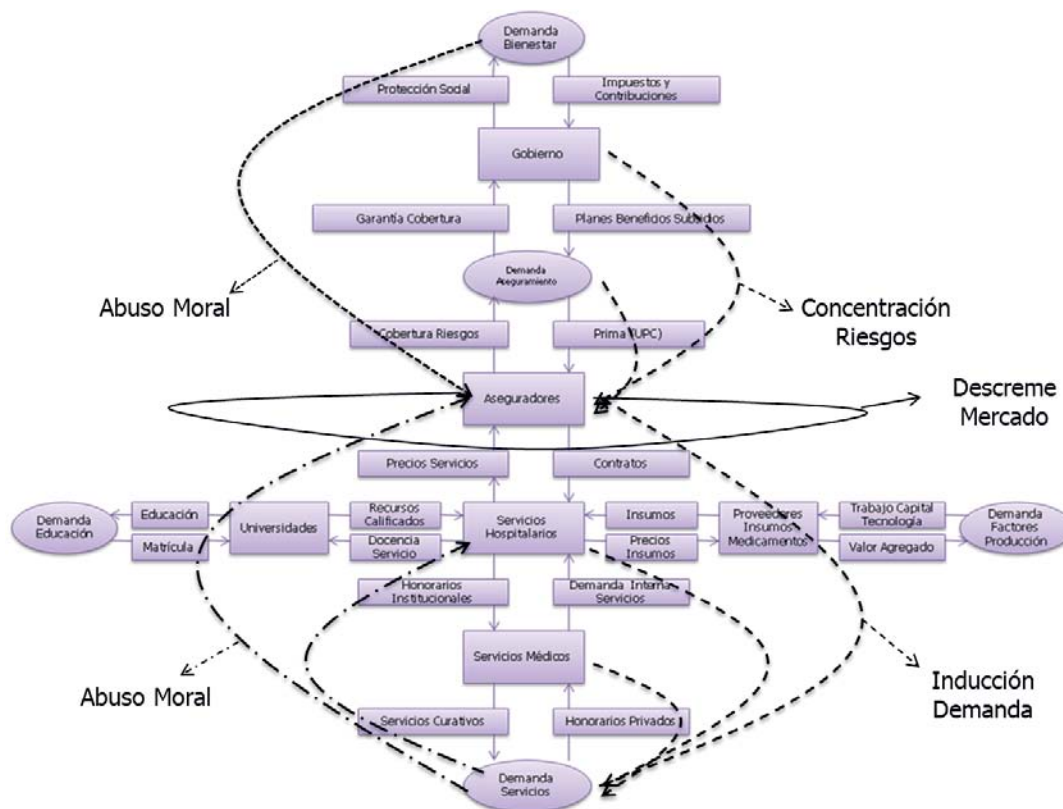
desde aquellas poblaciones que tienen menores riesgos en salud.

El Estado actúa como agente del ciudadano, en modelos de aseguramiento social donde la prestación de servicios sea obligatoria y las garantías extensas. Las condiciones de abuso moral desde una perspectiva de modelo de aseguramiento<sup>6</sup> están impulsadas, tanto desde el consumidor como desde el propio Estado a través de sus diferentes agencias y poderes políticos. Dada la definición incompleta del modelo de aseguramiento y las dificultades que existen para un ajuste actuarial preciso, los ajustes de la UPC siempre han tenido limitaciones la representación del consumo de la población. El Estado tiende a incentivar el consumo y el abuso moral a través de la

imposición de mecanismos, como órdenes judiciales, sin tener en consideración las condiciones del contrato entre gobierno y asegurador. Se amplía de manera extensa la cobertura incluyendo nuevos beneficios o forzando al asegurador a coberturas no reconocidas en el plan de beneficios. Esta condición de abuso moral también afecta a las propias entidades regionales que tienen que asumir en coberturas no POS que no están representadas en una estructura presupuestaria ajustada a las condiciones de esa demanda esperada.

No existe una evidencia sólida a partir de una línea de base consolidada y de seguimiento longitudinal sobre las características de consumo en salud en Colombia. Sin embargo, algunos indicadores muestran

Diagrama 2. Fallos de mercado



Referencia: Ruiz & Uprimny, 2012

que el país está expuesto a una tasa alta de consumo. El consumo de servicios ambulatorios en la población es mayor que en la proporción de países latinoamericanos y también la tasa de hospitalización que es del 8%, es mayor a la de otros países del continente. Se parece más a la tasa de hospitalización en un país desarrollado (Rodríguez, 2007).

Otro fallo importante de mercado es la selección adversa de riesgos. En el caso de un modelo de aseguramiento social, se regula desde el propio Estado. Esto gracias a la libertad de escogencia, que permite a cualquier ciudadano cambiarse a cualquier asegurador sin la asunción de pre existencias. Este fallo de mercado tiene características negativas porque incentiva, incluso a los ciudadanos más enfermos a buscar servicios en aquellos aseguradores que comprobadamente hayan demostrada una mejor calidad en los servicios. De cierta manera ser un asegurador de baja calidad es retributivo, esto acumula mayor carga de enfermedad en los aseguradores seleccionados. La selección de riesgos, además tiene un antecedente a la reforma, en la medida que los antiguos pacientes del Seguro Social se concentraron de manera preponderante en el asegurador que derivó dicha población. Por otro lado, algunos aseguradores nuevos buscaron posicionarse en los lugares donde menos de demanda podría existir. Esto se dio, especialmente, en poblaciones rurales donde las barreras geográficas pueden determinar condiciones diferenciales de acceso.

De esta manera el sistema colombiano se encuentra fuertemente concentrado en riesgos y esto se refleja en la situación financiera de los aseguradores. Sin embargo, también es posible que existan aseguradores cuya mala gestión de riesgo enmascare situaciones de selección adversa.

Es relevante la existencia de un número muy alto de aseguradores, más de 80,

muchos de ellos con pools de riesgo muy pequeños o concentrados, cuyo equilibrio económico no es factible. Es importante analizar por qué dicha situación ha logrado mantenerse en el país. En mucho ha estado relacionada con la posibilidad de mantener pools ineficientes a partir de apalancamientos desde el aseguramiento privado y desde contratos públicos con restricciones de acceso y gasto para la prestación de servicios. En determinadas regiones del país, los aseguradores de régimen subsidiado hacen muy limitada labor de aseguramiento y prácticamente se convierten en proveedores de pacientes a los hospitales públicos, bajo un esquema que incluye muy limitada gestión de riesgo.

La consecuencia de los fallos en el mercado de aseguramiento es la fragmentación de pools de riesgo. el mantenimiento de un sistema de seguros viable está determinado por una adecuada mancomunación de riesgos ('risk pooling'). La segmentación del mercado de aseguramiento según regímenes y la limitada consolidación de grandes aseguradores incrementa los costos esperados del esquema de aseguramiento y los costos de transacción del sistema.

Uno de los fallos de mercado de mayores consecuencias, pero probablemente el menos explorado, es la inducción de demanda. En el país no están definidas las condiciones regulatorias para los mercados de prestación. Hay alguna evidencia cualitativa que sugiere la existencia de monopolios en la prestación. Es posible que una vez generadas las economías de escala en los precios a través del aseguramiento, el mercado de prestación se haya transformado en un mercado de cantidades, donde las mayores utilidades se consolidan a partir de los volúmenes de procedimientos, más que sobre las condiciones de precios negociados. Este es un derivado del sistema de pago imperante, el pago por evento o procedimiento.

Las condiciones de los fallos derivados de la inducción de demanda, pueden ser muy negativos sobre las sostenibilidad de aseguramiento social y el equilibrio económico del sistema. Existe evidencia sobre la desconfiguración de algunas entidades de prestación de servicios, donde la transferencia de alta tecnología y las plataformas tecnológicas tienen una participación desproporcionada en la estructura de servicios. Esto indica las condiciones de la adaptación estructural hacia la inducción de demanda.

Es relevante entender que los fallos de mercado o los valores de aseguramiento social, como es el modelo colombiano, afectan de manera principalmente al asegurador que actúa como articulador del sistema. Dado que todos confluyen sobre él, incluyendo las propias deficiencias de los aseguradores. Confiriéndole una particular fragilidad y una presión muy fuerte sobre el asegurador.

En los mercados de medicamentos, los fallos de mercado provienen principalmente de la compra fragmentada y del sistema de patentes ligados a los medicamentos de marca. Otros factores relevantes que afectan el precio son las limitaciones en la aceptabilidad de los medicamentos genéricos por parte de los médicos, aspecto favorecido por la limitada capacidad técnica para el análisis de bioequivalencia y biodisponibilidad. Otro fallo de mercado preponderante en Medicamentos e insumos se generó en la fragmentación de la integralidad del plan de beneficios con la introducción del No Pos. Esta situación generó un efecto de captura de rentas por parte de los agentes de mercado, en donde se integraron los incentivos por parte de los diferentes agentes: Proveedores de medicamentos intermediarios, Médicos, Prestadores de servicios y Aseguradores.

En la oferta de recursos médicos especialistas, los principales fallos de mercado están relacionados con su limitada oferta en algunas regiones del país, factor condiciona-

do por una tendencia a la concentración monopólica en algunas especialidades y facilitada por la estructura hiper - especializada en el modelo de atención determinada a través del esquema de habilitación de prestadores del Sistema de Garantía y Calidad.

## Riesgo y condiciones de falla regulatoria

En un mercado de aseguramiento, donde las condiciones del producto son reguladas a través del POS e igualmente la prima atribuible a dicho riesgo es regulada con información actuarial incompleta, el riesgo es transferido integralmente al subsistema de prestación. Esto incluye tanto a los aseguradores como a prestadores y proveedores de insumos y medicamentos y, como a los propios recursos humanos que conforman el SGSSS.

Cada desviación del consumo con respecto a las notas actuariales que soportan el cálculo de la prima (UPC) aplicará directamente sobre las utilidades del asegurador. Por esa razón el aseguramiento colombiano derivó rápidamente hacia los modelos de administración gerenciada, en los cuales a través de contratos selectivos y precios negociados con anticipación se podía moderar el gasto en salud por parte de los proveedores de servicios. Esa transferencia ha sido incompleta por varias razones. La principal, era que los aseguradores como articuladores del sistema no tenían la capacidad de regular los mercados de insumos y medicamentos, principalmente por las condiciones de fallos de mercado derivadas de condiciones monopólicas en la oferta de algunos medicamentos de marca y el régimen de patentes que impone el mercado farmacéutico. A esto se suma la limitada actualización del Plan de Beneficios (POS) y la consideración del ajuste de UPC, que durante mucho tiempo se hizo tomando en cuenta los valores de la inflación como marco de referencia, debido a las tremen-

das limitaciones de información actuarial necesaria y suficiente para poder realizar un ajuste retrospectivo adecuado.

Esta situación fue acumulando de manera progresiva riesgos en el sistema de aseguramiento. Los aseguradores tenían adicionalmente muy limitada capacidad para la transferencia de riesgo, debido a que el modelo de contratación y tarifas que se mantuvo fue un modelo previo a la reforma, el cual comportaba precios por procedimientos. Este tipo de sistema de pago fue incentivado por los prestadores, principalmente para reducir las opciones de transferencias de riesgo al asegurador y ha posibilitado de manera relevante, los incentivos para la inducción de demanda propia de un mercado de cantidades. A principios del año 2000, era claro que era insostenible el mantenimiento de un plan de beneficios integral, lo cual sumado a la obsolescencia del plan de beneficios y la existencia de nuevos medicamentos y ampliaciones efectuadas por la Corte Constitucional, terminó por romper la integralidad del paquete de beneficios, generando una nueva fuente de gasto que se consolidó como el no POS. Para llegar a esta situación se conjuntaron la incapacidad de los aseguradores de continuar manejando riesgos elevados y por otro lado las condiciones del propio gobierno para no incrementar la UPC, ante la propia deficiencia de la información actuarial existente. A esto se sumó los incentivos de la Corte Constitucional para cumplir los objetivos de equiparación del POS, los cuales estaban siendo incumplidos reiteradamente por el gobierno.

Este entorno posibilitó la generación de "mercados de rentas" a partir de las limitaciones del regulador. Por encima de todo es evidente que durante muchos años, no se habían asumido las condiciones de un modelo de aseguramiento social y no se habían desarrollado los instrumentos necesarios para ajustar las fallas del modelo adoptado por la Ley 100. Esta situación es

reconocida e introyectada por los agentes del sistema de prestación y se generan fuertes incentivos para la captura del regulador, a través de diferentes mecanismos y coaliciones de agentes con interés.

El esquema de aseguramiento, resuelve coyunturalmente su situación de crisis de manejo de riesgo, mediante la generación del esquema no POS, lo cual se posibilita a partir del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los agentes de la prestación desarrollan incentivos y presión sobre el gobierno para la generación de un esquema de tarifas mínimas, a través de las cuales se garantizará un retorno con utilidad fija por parte de los prestadores, así como el mantenimiento del sistema de pago por evento como mecanismo para el mantenimiento de los mercados de cantidades.

Desde los proveedores de insumos y medicamentos, los incentivos generados por la apertura del esquema No POS se orientan hacia la facturación, la inflación y los precios de medicamentos, replicando sobre un esquema donde no existían mecanismo de control sobre la inflación generada. A esto contribuye la debilidad técnica del sistema No POS, mediante el cual jueces con limitada información técnica actúan de buena fe, detrás del velo de la ignorancia, sometidos a los mecanismos de inducción de medicamentos, sin control ex ante de parte de los articuladores del sistema.

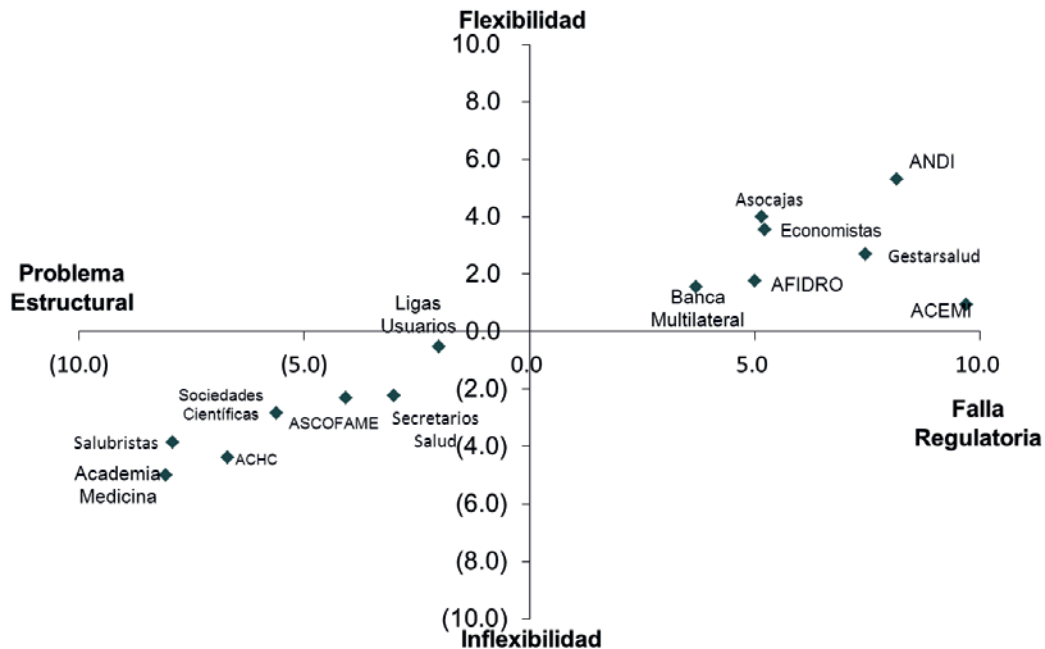
### **Economía política del sistema**

Un sistema de salud está conformado por los diferentes agentes institucionales, sanitarios y económicos que lo integran. Sin embargo, más relevantes las relaciones entre unos agentes son las que determinan las condiciones de probabilidad para su funcionamiento. En un modelo de economía de mercado y con amplia participación del sector privado en aseguramiento, prestación y provisión de insumos. Los flujos de información y su capacidad de influencia

sobre la agenda pública son muy relevantes.

bilidad del esquema, debido a los riesgos implícitos y las estrategias de los agentes.

Diagrama 3. Percepción cruzada de posiciones de los agentes del sistema (Stakeholders 2012)



La gráfica anterior recoge la percepción a partir del estudio sobre ajuste estructural fallas regulatoria (Ruiz, 2012), se puede evidenciar la visión de los agentes en cuanto a su flexibilidad frente a la posibilidad de ajustar el sistema existente y la visión sobre fallas estructuradas y regulatorias del sistema, donde se puede evidenciar dos grupos claramente diferenciados, en los cuales se intuyen coaliciones para la generación de diferentes efectos sobre el regulador.

Las condiciones de captura y los ajustes regulatorios, también debe analizarse tanto en condiciones del funcionamiento del propio Estado. En esto existen dos teorías económicas claramente diferenciadas. La teoría del interés público, estipula que el gobierno siempre actuará en interés, soportando el interés de los ciudadanos. Sin embargo, las teorías más recientes que se confluyen alrededor de la teoría de los grupos de interés especiales, especifica que los integrantes del Estado pueden tomar posiciones divergentes y generar coaliciones con los grupos de interés (Stakeholders), en la búsqueda de sus propios beneficios. Es relevante que en el caso del Congreso de la República, se hayan generado por lo menos tres reformas al sistema y actualmente se está al borde de una cuarta reforma. Cada una de estas reformas ha tenido direcciones diferentes con la Ley 715, dirigida hacia soportar interés de los entes territoriales. La Ley 1122, como un ámbito de concertación entre aseguradores y pres-

Las condiciones de intereses divergentes estructurados entre diferentes agentes del sistema, con la posible conformación de coaliciones implícitas ha podido configurar en el sistema colombiano una situación de incentivos hacia la captura regulatoria. La captura regulatoria puede derivar en beneficios en la medida que la conducta de un regulador con información limitada y capacidad restringida de acción puede posibilitar condiciones de viabilidad e incluso rentas. El riesgo es la eventual no sosteni-

tadores y, particularmente en la limitación de las condiciones de integración vertical y contratación privada. Y posteriormente la Ley 1438, hacia la salvaguarda de las visiones desde la Salud Pública.

Otros efectos relevantes, dentro del proceso de la fragmentación regulatoria que caracteriza el sistema colombiano han sido las posiciones del sistema judicial y los órganos de control. Las posiciones de dichos órganos han tendido a reforzar sus propias agendas, poniendo especial interés en el sistema de salud bajo el concepto de interés público y derechos de los ciudadanos. Debido a las obligaciones constitucionales de los organismos de control, sus intervenciones pueden tener sesgos particulares, en enfatizar la defensa de los derechos individuales, en demérito de los derechos colectivos y las intervenciones sobre determinantes sociales, la interpretación de la corrupción como causantes de la crisis del sector salud, tiende a enmascarar las propias fallas regulatorias.

### Requerimientos de regulación y control

En un contexto de falla regulatoria, es necesario abordar tanto la estructura institucional del ente regulador como los conjuntos de intervenciones requeridas para modular el funcionamiento de los mercados de salud en un contexto de sus fallos más relevantes. Adicionalmente, a los mecanismos regulatorios que se plantearán mas adelante, se requieren al menos 4 avances estratégicos

4. Reposicionamiento del sistema de salud  
Es necesario reposicionar el sistema de salud en el contexto de la agenda pública y de las relaciones con los beneficiarios. Esto abarca tanto el ámbito de la prestación de servicios, como el conjunto de actividades dirigidas a la afectación de los determinantes sociales de la salud. El sistema se debe orien-

tar desde una comprensión integral de la salud definida desde los determinantes sociales. Esto posibilita la formulación y ejecución de acciones colectivas que posibilitan la salud de la población colombiana. La garantía de acciones individuales de tipo curativo, debe ser un componente más de la estrategia integral de sistema. En este contexto una ley estatutaria puede ser el mecanismo para fijar los límites y alcances del sistema frente a las personas en el contexto de la responsabilidad social del Estado.

### 5. Rectoría, integración regulatoria y modelo de atención

Es necesario consolidar las acciones regulatorias, desde un cuerpo único basado en la rectoría que el Ministerio de Salud tiene sobre el sistema. Esto implica recoger muchas de las acciones que están en cabeza de diferentes organismos del Estado y enfocar su actividad a partir de la disponibilidad de información necesaria y suficiente para la formulación de intervenciones regulatorias, su aplicación y el seguimiento desde los diferentes agente del sistema. El modelo regulatorio debe integrar no solo la modulación de los flujos financieros sino la regulación de los mercados. Esto último implica la generación de una regulación alrededor de la transferencia de riesgo entre los diferentes agentes de mercado. Esta regulación debe estar acoplada entre diferentes mercados con intervenciones regulatorias que permitan controlar los fallos de mercado. Este tipo de modelo se especifica mas adelante. Dentro de esta función de rectoría es fundamental que el gobierno asuma la generación de un modelo de atención que oriente los diferentes agentes, acerca de la estructura funcional del sistema, los ámbitos de atención y particularmente reposicione los servicios primarios e intermedios en su mayor capacidad resolutive.

6. *Adopción de gestión de riesgo*

Es fundamental cambiar el modelo del asegurador en el sistema colombiano. El modelo de aseguramiento de indemnización debe transformarse en un modelo de aseguramiento del riesgo. Incluye la generación de intervenciones sobre el riesgo en salud y la consolidación de un modelo solidario entre los diferentes agentes para el manejo del riesgo. Esto reposiciona al asegurador como aceptante de riesgo y debe incluir la generación de diferentes mecanismos para la transferencia de riesgo entre los agentes. Entre estos mecanismos se encuentran: Modelos de gestión de determinantes proximales de riesgo, sistema de contratación y pago con transferencia de riesgo, mecanismo de compensación entre aseguradores. Las características del sistema de información, los esquemas de formación de redes con distribución de funciones de atención general y especializada y un modelo regulado de integración vertical.

7. *Reforzamiento de la Intervenciones de Salud Pública*

Para los ciudadanos es comprensible que un sistema de salud proteja y anticipe las eventualidades sanitarias. Las intervenciones en Salud Pública han sido fragmentadas y se han evidenciado diferencias muy importantes en la capacidad técnica en la aplicación de estrategias e intervenciones en Salud Pública entre diferentes departamentos y municipios del país. El Ministerio de Salud debe retomar el liderazgo en Salud Pública ofreciendo mecanismos técnicos que incrementen las capacidades de promoción y prevención en las diferentes regiones del país. Esto incluye el desarrollo de la capacidad o evaluación de programas e intervenciones en Salud Pública. La Reorientación del Instituto Nacional de Salud es clave en ese propósito.

8. *Vigilancia y control*

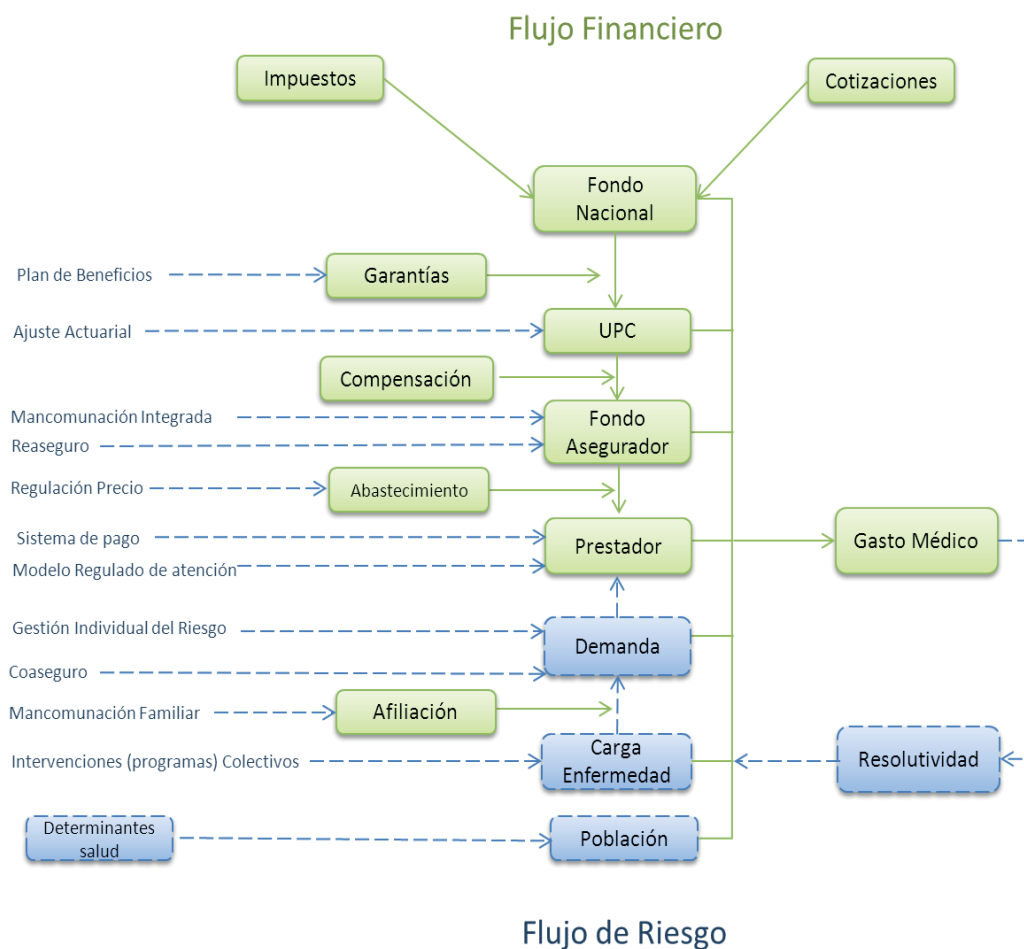
Debe estar integrada con el esquema regulatorio, cuyas intervenciones privilegien las acciones de naturaleza preventiva. La vigilancia y control se debe basar en un sistema sólido de auditoría que desde el nivel municipal y debe orientarse hacia las intervenciones preventivas sobre los agentes.

### **La interacción entre riesgo y flujos financieros**

Usualmente se ha considerado que la función de producción de servicios de salud, parte de transformación de los recursos, factores de producción y culmina en la provisión de los servicios que requiere la población. Esta es una visión correcta pero incompleta, en la medida que adicionalmente a los flujos financieros y de servicio, existen flujos de riesgo que son derivados de las condiciones de salud de la población, de sus patrones de consumo y de la respuesta de los sistemas de salud. En los modelos centralizados, el riesgo es integralmente asumido por el Estado. Este asume diversas maneras responde ese riesgo, ya sea derivándolo hacia su red de prestación o restringiendo el consumo a través de mecanismos de derivación hacia el aseguramiento privado. Existen países donde la limitación del Estado para asumir el riesgo es asumida directamente por la población y aquellos con mejores condiciones económicas lo derivan al aseguramiento privado. Estos sistemas pueden ser inequitativos.

Los flujos financieros parten de los recursos que financian al sistema, ya sea a través de cotizaciones, impuestos generales o formas mixtas. En los sistemas modernos los recursos usualmente son consolidados a través de fondos nacionales de carácter público, que los integran y realizan su distribución. En el caso colombiano se transforma en una unidad de pago por capitación que representa el costo individual representativo de la prima de riesgo para cada individuo

Diagrama 4. Flujos Financieros, de Riesgos y Mecanismos de Ajuste



promediada en la población. Esta prima es transferida en un modelo de aseguramiento social, a los fondos o aseguradores que reciben dichos recursos de acuerdo con el número de afiliados y se transforma en pagos a los prestadores.

Por lado de los flujos de riesgos, estos surgen de los determinantes de la salud que enfrenta la población. Estos determinantes se transforman en carga de enfermedad que involucra tanto la enfermedad manifiesta y discapacidad como los diferentes factores de riesgos que afronta cada individuo. Esta carga de enfermedad se transforma en demanda, demanda que es derivada a los prestadores.

La función financiera y de riesgo de salud, involucra también algunos mecanismos y

factores que posibilitan la generación de la cadena de producción y la integración con el riesgo. Entre ellos se encuentran: Los paquetes o planes de beneficios que en el caso colombiano es el POS y los cuales representan los conjuntos de beneficios que la sociedad está en condiciones de garantizar. También existen mecanismos de compensación que buscan ajustar la unidad de pago por capitación (UPC) a riesgo esperado corrigiendo desviaciones por edad y sexo. Se encuentran el abastecimiento de los factores de producción de la prestación de servicios. Estos son los medicamentos e insumos necesarios así como la tecnología médica y los recursos humanos necesarios para la generación de los servicios. Por último, el diseño y mecanismos de afiliación.



Esta es una estructura de cadena productiva, en la confluencia entre la oferta y la demanda y los mecanismos financieros derivan en una generación de un gasto médico.

El gasto médico generado representa las condiciones e incertidumbre de la enfermedad. El tratamiento médico no garantiza la mejoría de la persona y reducción completa de su riesgo. Por tanto el grado de resolutivez lograda en cada evento médico, afectará la carga de enfermedad que debe mantener cada EPS en su 'pool' de riesgo. Frente esta estructura de producción de servicios y mecanismos asociados para cualquier sistema de aseguramiento social, existen diferentes mecanismos de ajuste y de riesgo que pueden aplicarse para modular el riesgo generado en la población y propiciar el equilibrio del sistema, así como la viabilidad de los agentes que lo integran.

En el sistema colombiano de salud, la identificación y ajuste de cada uno de estos mecanismos implica una observación integrada del sistema y su alineación. Esto de acuerdo con los incentivos que existen entre los diferentes agentes y los flujos de riesgo generados al interior del sistema. Estos flujos de riesgo se basan en las asimetrías de información entre los diferentes agentes de mercados.

## **Estrategias e intervenciones hacia el ajuste**

### *Plan de beneficios*

La integralidad del manejo del riesgo en el sistema de salud es determinada por las condiciones del plan de beneficios. Los planes de beneficios expresan las garantías del sistema. En sistemas donde la garantía está sujeta al criterio médico y no a criterio jurídico del derecho a la salud. Un plan de beneficios con listas positivas de beneficios (sean procedimientos y medicamentos), puede ser razonable, en tanto que el crite-

rio del médico finalmente decide con base en las condiciones de ingreso del paciente. En estos casos usualmente el paciente está sujeto a copagos, sobre aquellos procedimientos que no incluidos como garantías. En la implantación de la reforma colombiana el plan de beneficios se concibió inicialmente con una garantía integral, representada en un conjunto de procedimientos que comprendía los riesgos que asumía la población en ese momento exceptuados los procedimientos médicos de tipo estético. Este listado fue cayendo a la obsolescencia en la medida que han aparecido procedimientos más avanzados. Para el sistema colombiano sería recomendable evaluar la viabilidad de listados de beneficios negativos o exclusiones determinados de acuerdo con un consenso técnico. Esto haría integral el riesgo asumido por el asegurador y limitaría los incentivos para el recobro no POS. Sería recomendable que el POS se transformara hacia garantías integrales por enfermedades y procedimientos principales. Esto permitiría la integración con sistema de pago tipo case-mix con transferencia de riesgo al prestador mediante sistemas de pago regulados tipo DRG (Grupos Relacionados de Diagnóstico). En el caso de los medicamentos, se debería desarrollar una lista positiva con copagos hacia los medicamentos no incluidos.

### *Ajuste actuarial*

Es necesario construir una base de información regulatoria, controlada por el propio Estado para realizar el ajuste actuarial del sistema de salud. Esta información debe tener la capacidad de capturar no solamente las variaciones de riesgo en el ámbito poblacional sino las diferencias de acuerdo con condición socioeconómica, tamaño de la población e incluso condición de enfermedad.

### *Mancomunación integrada*

Puede ser necesario expandir en Colombia los mecanismos de mancomunación integrada, tales como la cuenta de alto costo, ya que estos actúan como ajustes ex post y tienen mayor ajuste con base en resultados que los mecanismos ex ante basados en las probabilidades, ligados a las condiciones de enfermedad y sexo. Sin embargo, es probable que en Colombia sea necesario mantener los dos mecanismos, ya que su coexistencia posibilita tanto el flujo adecuado de recursos a los aseguradores como su retribución una vez terminado el ejercicio del proceso de seguro.

Otro mecanismo para mejorar la mancomunación integrada de riesgos es la integración de operaciones de aseguramiento, reduciendo el número de aseguradores. Una posibilidad puede ser la integración de los riesgos del régimen contributivo y subsidiado. En la situación actual de inviabilidad de algunos aseguradores tanto del contributivo como del subsidiado, el crecimiento de los pools de riesgo podría ser la oportunidad para la expansión de los pools de crecimiento.

### *Reaseguro*

En Colombia el reaseguro está definido de manera inadecuada, ya que está relacionado únicamente con un conjunto de enfermedades denominadas de alto costo, las cuales no es evidente que represente los mayores costos del sistema. Dado que la mayor parte de las desviaciones están dados por los medicamentos relacionados con ciertas tecnologías. Sería recomendable que el reaseguro se garantizara sobre desviaciones de ejecución financiera de los afiliados de acuerdo con rangos normalmente establecidos de acuerdo con el estudio actuarial. De tal manera que sería únicamente un reaseguro financiero.

### *Regulación de Precios*

Existen diversas formas para la regulación de precios para el abastecimiento. Este es uno de los factores más críticos del sistema, en particular por el acceso a medicamentos e insumos. Existen diversos mecanismos que el Estado puede abordar para reducir el costo de los medicamentos recobrados al Estado. Algunos de ellos, son el establecimiento de franjas de precio, otros son las compras paralelas de medicamentos cuando excedan un tope predeterminado e indexado con precios internacionales y por último la limitación de posiciones dominantes sobre medicamentos con registro, mediante la intervención de las licencias de medicamentos.

### *Transferencia de Riesgo*

El sistema colombiano tiene un alto componente de inducción de demanda. Para limitar la inducción de demanda este mecanismo incluye el desarrollo a nivel nacional regulado de mecanismos para la transferencia de riesgo en el pago, lo cual limita los incentivos del prestador, de los hospitales para inducir demanda. Es fundamental que en el país el gobierno genere un sistema de pagos único con transferencia de riesgo a través "case mix" o grupos relacionados de diagnóstico, que permitiera una mayor integración del riesgo entre aseguradores y prestadores y redujera los incentivos hacia la inducción de demanda.

El modelo colombiano podría avanzar hacia la regulación de precios una vez establecido un sistema de pago con esquema con transferencia de riesgos, tal como sucede con otros países como Estados Unidos y Alemania. Los hospitales tendrían la certeza del precios regulados y se reduciría de manera significativo los incentivos de inducción a la demanda e indirectamente hacia el recobro no POS en procedimientos de tipo hospitalario, recobrando de paso la autonomía médica sobre la determinación

de procedimiento y medicamentos al ser suministrados.

### *Modelo Regulado de Atención*

El gobierno colombiano debe regular el modelo de atención obligando a los aseguradores y prestadores a un modelo integrado unificado nacional, donde existan acciones preventivas sobre los determinantes proximales que se den a cargo del asegurador y su red de prestadores, acciones curativas y determinando las intervenciones de tipo ambulatorio que se deben hacer y los mecanismos de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de complejidad.

Una vez asegurada la existencia de mecanismos de gestión de riesgo por parte del asegurador y la transferencia de riesgo a los prestadores través de los sistemas de pago, se podría establecer un modelo regulado de prestación con libertad de escogencia desde el afiliado eliminado y el mecanismo de autorizaciones que actualmente implica un proceso del hetero que entorpece los procesos de servicio y pone en riesgo la vida del asegurado.

### *Gestión individual del riesgo*

El rol del asegurador social en el sistema debe concentrarse en la intervención sobre factores de riesgo sobre determinantes proximales (del individuo) que determinan su enfermedad estructurando acciones preventivas que reduzcan el riesgo. Su otro ámbito de acción debe ser el control de procesos médicos y de servicios de las instituciones prestadoras a través de sistemas de información que permitan la toma de decisiones oportunas. Su tercera función se concentraría en la contratación y pago de los servicios médicos, con proceso integrado de auditoría sobre el gasto médico.

### *Coaseguro*

En un modelo con garantías limitadas como debe llevar el caso colombiano, es importante poner algún nivel de coaseguro a la demanda, especialmente en el renglón de medicamentos. Estos efectos del coaseguro no solamente se dan sobre el paciente sino se dan sobre los incentivos del médico para formular medicamentos de marca con medicamentos genéricos de buena calidad y alto nivel de sustitución.

### *Mancomunación familiar*

Es necesario integrar los dos sistemas de salud, en un sistema de mancomunación único ya sea individual o familiar. Esto permitiría la integración de las operaciones de aseguramiento entre los dos regímenes y por ende actuaría de inmediato como mecanismo para la integración de riesgos al interior del sector.

### *Intervenciones o programas colectivos*

Las intervenciones colectivas deben basarse en evidencia sobre las condiciones de salud de la población y sus diferencias regionales, así como por grupos de edad y sexo. Estas intervenciones deben basarse en la evidencia provista por las encuestas nacionales y estudios específicos. El Ministerio de Salud debe retomar el liderazgo para diseñar y evaluar estrategias nacionales de intervención de determinantes sociales y factores de riesgo. Esta capacidad debe transmitirse a los departamentos y municipios en la forma de sistemas de monitoreo, desarrollo de capacidad técnica y fortalecimiento institucional para el desarrollo de programas y estrategias en salud pública. La combinación de métodos y medios es un componente fundamental de la estrategia integral de intervención en salud pública.

\**Fernando Ruiz Gómez*. Pontificia Universidad Javeriana Centro de Proyectos para el Desarrollo – Cendex. Carrera 7 No. 40 – 90. Edificio Emilio Arango. Piso 5. Tel. 3208320 Ext. 2210 – 2206. Fax. 2889334. fruiuz@javeriana.edu.co

## Referencias

- Adams, G., Hayes, S., Weierner, S., & Boyd, J. (24 de octubre de 2007). Regulatory Capture: Managing the Risk. Australian Public Sector Anti-Corruption Conference.
- Carrin G, Waelkens MP & Criel B (2005). Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 10:799-811.
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). Ley 100. Diario Oficial CXXIX (41148).
- Enthoven, A. (1993). The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*.
- Garavito Beltrán, L. (2009). Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano y Acuerdo 415 de 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Hsiao, W. (2008). La economía y la Reforma del Sistema de Salud Colombiano. Lecciones y Retos Después de 15 años. Asociación Colombiana de Economía de la Salud, ACOES. Memorias del Primer Congreso Los Retos del Sistema de Salud y la Economía, 25-43.
- Ley 1438 "Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud". República de Colombia, Congreso de la República. (19 de Enero de 2011)
- Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas. FUNSALUD*, 307-346.
- Mesa-Lago, C. (diciembre de 2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Musgrove, P. (2010). Colombia: Approaching Universal Coverage. *Health Affairs*, 29 (4), 739.
- Normand, C. (1999). Using social health insurance to meet policy goals. *Social Science and Medicine*, 48, 865–869.
- Nyman, J. (2003). The Theory of the Demand for Health Insurance. Stanford University Press.
- Pauly, M. (1968). The Economics of Moral Hazard: Comment. *American Economic Review*, 58 (3), 531-37.
- Pabón, H. L. (1986). Evaluación de Servicios de Salud Modelo Prides. Grupo Salud Comunidad (2da Edición).
- Restrepo, J. H. (enero-junio de 2007). Experiencia Regulatoria del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Revista Colombiana de Economía de la Salud* 1(Especial), 45-59.
- Rodríguez A, S. M. (2007). El Poder de Voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. *Economía Institucional*, 9(16), 223-253.
- Rodríguez, J., Ruíz, F., Peñaloza, R., Eslava, J. & Amaya, J. (2009). Encuesta Nacional de Salud 2007. Ministerio de la Protección Social. Bogotá.
- Roppo V. (2009). Del contrato con el consumidor a los contratos asimétricos: perspectivas del derecho contractual europeo. *European Review of Contract Law*, 3, 304-349.
- Ruiz, F., & Uprimny, M. (2012). Sistema de salud y aseguramiento social entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones.
- Ruiz Gómez, F., Amaya, J. L., Garavito Beltrán, L., & Ramírez, J. (Julio de 2008). Precios y Contratos en Salud. Resultados estudio indicativo de precios y análisis cualitativo de contratos. Bogotá, Colombia: PARS, DNP, CENDEX.
- Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2007). *Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies*. Fourth Edition. Thomson. Mason.
- Satterthwhite, M. A. (1985) Competition and Equilibrium as a Driving Force in the Health Services Sector", in R.P. Inman, *Managing the Service Economy*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Stiglitz, J. (1994). Análisis económico de la Sanidad. En G. López Casasnovas, *Replanteamiento del papel económico del estado: bienes privado suministrados públicamente* (págs. 19-48).
- Velandia, F., Corral, L., Talero, R., Valencia, A., & Serna, E. (1990). Financiamiento. En F. Yepes, *La Salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud (Vol. II, págs. 81-259). Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud - Departamento Nacional de Planeación.

## Notas

- 1 El monopolio natural se sustenta en un caso económico especial en el cual los costos de producción de un bien o servicio disminuyen al aumentar el número de unidades ofertadas.
- 2 Entendido el desarrollo institucional como las organizaciones, jerarquías y relaciones contenidas en la reforma e implementadas durante los pasados 19 años.
- 3 En la teoría económica y regulatoria el contrato incompleto es aquel que transmite incertidumbre a algunos de los agentes ya sea por información asimétrica o posiciones dominantes de una de las partes.
- 4 La Biblioteca Nacional de Medicina define managed care (administración gerenciada) como "el conjunto de técnicas que busca reducir costos innecesarios a través de mecanismos como incentivos económicos y médicos a pacientes, para seleccionar formas menos costosas de servicios, revisión de necesidad de servicios, costos compartidos, controles en admisiones o estancias, incentivos para compartir costos quirúrgicos, contratación selectiva de proveedores y manejo intensivo de caso de alto costo.
- 5 El monopsonio desde el punto de vista económico, está definido como el poder dominante de parte del comprador, situación que requiere la existencia de mayor poder de mercado, medida usualmente a través de la concentración de los mercados, es decir la participación relativamente mayoritaria de uno o un conjunto de proveedores sobre el resto de agentes, medido en unidades demandadas. Pero también requiere la existencia de condiciones de elasticidad en la oferta. Situación que implica que los oferentes estén dispuestos a vender casi a cualquier precio que le sea ofertado. Esto debido a las altas condiciones de competencia entre proveedores. El monopolio bilateral, por otro lado prevé la existencia de condiciones monopólicas tanto entre los compradores como los proveedores. Estos casos son de difícil definición y usualmente conducen a condiciones de fallos severos de mercado.
- 6 Incompletitud determinada por la mancomunación incompleta del riesgo: El asegurador social solo asume parte del riesgo dada la existencia del segmento No POS.

Los documentos que publicamos son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no traducen necesariamente el pensamiento de FESCOL

Fescol

Calle 71 N° 11-90, teléfono 3473077, E-mail: fescol@fescol.org.co, www.fescol.org.co