



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud

Informe Final

Capítulo 1

Marco Conceptual de Análisis de los Sistemas de Salud



INFORME FINAL

PRESENTACIÓN

El Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud, llevó a cabo un conjunto de estudios orientados a evaluar el desempeño de distintos aspectos del sector salud en el país y a recomendar acciones dirigidas a mejorarlo. Uno de los estudios efectuado, estuvo a cargo de la Unión Temporal Bitrán & Asociados, ESAP, Econometría S.A., es el Proyecto 05, denominado “Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados Encargados de Adelantar las Funciones de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema”.

El objetivo general del Proyecto, dicho de manera escueta, fue identificar las debilidades que presentaba el modelo de IVC vigente durante la época de estudio y proponer los correctivos que se revelaran como necesarios, en aras de construir y poner en marcha un nuevo modelo de inspección, vigilancia y control para el Sector de Salud en Colombia, que respondiera eficaz y eficientemente a los objetivos y propósitos. A su turno, para el desarrollo del proyecto se delimitaron tres fases, a saber: Fase I, destinada a la realización de un diagnóstico amplio del problema; Fase II, en la cual se identificaron, evaluaron y seleccionaron los elementos correspondientes de corrección al modelo de IVC existente; y Fase III, en la cual se desarrolló la asistencia técnica para la implementación de las soluciones seleccionadas.

La Fase I comprendió el desarrollo de los siguientes objetivos específicos, cada uno de los cuales se entregaron al Ministerio en Informes independientes:

Objetivo Específico 1: Evaluación de la Superintendencia Nacional de Salud, del Ministerio de Salud y del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Objetivo Específico 2: Evaluación de las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y de una muestra de las Direcciones Locales de Salud (DLS)

Objetivo Específico 3A: Evaluación de una muestra de instituciones administradoras del aseguramiento, incluyendo Empresas Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS)

Objetivo Específico 3B: Evaluación de una Muestra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)

Objetivo Específico 4: Evaluación de la Red de Controladores externa al sector salud

Objetivo Específico 5: Evaluación de los mecanismos de participación social en el sector salud

Objetivo Específico 6: Evaluación de una muestra de entidades aseguradoras y proveedoras de servicios de salud bajo Regímenes Especiales, también conocidas como Entidades Excluidas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia

Objetivo Específico 7: Evaluación de otras Superintendencias del país

Objetivo Específico 8: Evaluación de experiencias internacionales de IVC en salud

Objetivo Específico 9: Evaluación del sistema normativo y de jurisprudencia en Salud

La Fase II redefinió el modelo en cuanto a sus tareas y su nivel de estructura organizacional. Los resultados más importantes se concentraron en torno a la definición de un esquema consistente en una entidad encargada de la dirección y coordinación del conjunto del modelo (Superintendencia Nacional de Salud –SNS-), la cual actúa, básicamente, como entidad supervisora de segundo piso.

En la Fase III del proyecto se realizaron las pruebas piloto de los componentes propuestos en el Modelo y se desarrollo una importante labor de asistencia técnica al Ministerio de Salud y la Superintendencian Nacional de Salud.

El presente Informe Final se ha organizado de la siguiente manera:

TOMO I: MODELO IVC

Capitulo 1: Marco Conceptual de Analisis de los Sistemas de Salud

Capitulo 2: Métodos de Investigación

Capitulo 3: Diagnostico del actual Modelo de Gestion de Inspeccion, Vigilancia y Control

Capitulo 4: Esquema General del Nuevo Modelo de IVC para el Sistema de Salud – Soluciones Propuestas

Capitulo 5: Financiamiento Regimen Contributivo y Otros Procesos

Capitulo 6: Financiamiento del Regimen Subsidiado

Capitulo 7: Aseguramiento

Capitulo 8: Prestación de Servicios

Capítulo 9: Salud Pública

Capitulo 10: Procesos Especiales

Capitulo 11: Relacion Costo-Beneficio

TOMO II: INSTRUMENTOS

Anexo 1: Esquema de Gestión

Anexo 2: Manual de Indicadores

Anexo 3: Instrumentos Jurídicos

Apéndice: Sistemas de Información

Anexo 4: Sistema de Información

Para terminar, queremos aprovechar esta introducción para agradecer la colaboración y el interés mostrado, en especial, por el interventor del proyecto Doctor Gabriel Robayo Garrido, por la Superintendencia Nacional de Salud y por la Direcciones Generales del Ministerio de Salud; de igual manera a todos aquellos que con sus comentarios y observaciones han permitido enriquecer el presente documento en aras a conseguir el mayor éxito de este proyecto.

Este proyecto tuvo como Director de la Fase I a Juan Eduardo Céspedes y en su Fase II y III a Luis Bernardo Villegas.

A continuación se presenta el equipo de profesionales que participaron en el proyecto:

John Alberto Marulanda	Prestación
Catalina Latorre	Salud Pública
Wilson Melgarejo	Sistema de Información
Fernando Basto	Procesos de Financiamiento y Aseguramiento
Alvaro Reyes	Financiamiento Régimen Contributivo
Adriana Alturo	Participación Social
Liliana Sarmiento	Jurídico
Hector Raúl López	Fase I y II
María Beatriz Plata	Fase I
Miltón Nuñez	Fase I
Sucre Ayora	Fase I
Fernando Isaac	Fase I
Claudia Benavidez	Fase I
Fabio Durán	Fase I
Luis Carlos Gómez	Muestra
Magda Pachon	Encuesta
Yamile Palacios	Encuesta
Sandra Villamizar	Profesional Asistente
María Gloria Cano	Profesional Apoyo Administrativo
Diego Sandoval	Profesional Apoyo Administrativo
Martha I Gutierrez	Profesional Apoyo Administrativo
Manuel Ramírez	Fase I
Marisol Rodríguez	Asistente

El equipo Internacional que participó en todo el proyecto fue:

Ricardo Bitrán
Consuelo Espinosa
Gonzalo Sanhueza
Rubi Valenzuela
Ursula Guideón
Carlos Vergará
Marcelo Tockman
Gloria Ubilla

Como expertos puntuales. Beatriz Londoño, Iván Jaramillo Pérez y Alfonso Ernesto Roal.

Defensor del Cliente. Fase I Luis Bernardo Villegas – Fase II y III Francisco Yepes

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL DE ANALISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Los sistemas de salud en el sentido en que se entienden en la sociedad contemporánea son de reciente data. La primera tentativa de la instauración de un seguro de salud se produjo en la Prusia de Bismarck en la segunda mitad del siglo XIX; no obstante su expansión sólo tuvo lugar con posterioridad a la segunda guerra mundial, cuando se produjo lo que se ha denominado la primera revolución del sector de la salud, cuando comenzaron los gobiernos a asumir las políticas frente al sector a partir de la búsqueda de tener mayores coberturas para la población.

A partir de allí, con la segunda revolución en el sector durante los años 70s y, especialmente, con las frecuentes tentativas de reformas que se han producido desde hace unos tres lustros en todos los países del mundo, el tema de la salud ha venido concentrando la atención de los analistas y de los gobiernos como uno de los elementos esenciales sobre los cuales descansa no sólo el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores de una nación, sino, además, la protección y mejoramiento del capital humano de las economías.

En los países de América Latina el interés por la realización de reformas a sus sectores de salud se ubica en los albores de los años noventa y se intensifica a lo largo del decenio. Colombia realizó su gran reforma del sector a finales del año 1993, adoptando un modelo de competencia controlada o regulada, la cual se ubicó dentro del conjunto de reformas que acompañaron el cambio de modelo económico en el país, considerando como uno de sus bastiones la reducción del tamaño del Estado y la mayor injerencia del sector privado en asuntos que antes eran estrictamente del resorte público, aparte, por supuesto, del elemento básico de la internacionalización de la economía.

De acuerdo con lo convenido, este primer Capítulo del documento busca determinar con la claridad conceptual requerida la estructuración del modelo de la salud existente en Colombia, definiéndolo a partir de las diferentes clases de agentes que participan dentro del mismo y de las relaciones que construyen entre sí para, finalmente decidir la estructura del mercado; en este sentido, se dedica al desarrollo del marco conceptual de análisis de los sistemas de salud, estableciendo los criterios bajos los cuales se ha aprehendido el sector de la salud colombiano. Desde este punto de vista establece el marco de referencia necesario para abordar, en la segunda parte, el modelo de inspección, vigilancia y control, definiendo los aspectos fundamentales a los cuales se debe apuntar, la forma como ha sido definido para el caso colombiano y los ajustes requeridos, de cara a lograr la optimización de la supervisión del sector.

Metodológicamente se ha optado por un acercamiento que va de lo general a lo particular, definiendo aquellos elementos que son comunes a los diferentes sistemas modernos de salud en el mundo, para centrarse después en el caso colombiano.

Esta conceptualización del modelo busca permitir la aprehensión de los elementos fundamentales en las actuaciones de cada uno de los agentes en procura de los objetivos del sector, de tal manera que se comprenda con facilidad cuáles son los retos que se tienen tanto a nivel de regulación como de supervisión (esto es, inspección, vigilancia y control). A su turno el enfoque general permite tener una visión clara del escalonamiento de los retos en el corto, mediano y largo plazo, de suerte que desde ya las acciones se orienten a enfrentar los desafíos de mañana.

Para la comprensión del modelo este capítulo de presentación conceptual se ha dividido en varios subcapítulos de la siguiente manera: el primero presenta una discusión acerca de las imperfecciones del mercado de la salud, concluyendo que él, necesariamente, debe ser un sector regulado y supervisado.

El segundo construye los objetivos del sector a nivel teleológico, los cuales marcan el que hacer de los agentes y delimitan los derroteros que debe adoptar la regulación y la supervisión.

El tercero, cuarto y quinto, se ocupan de la definición de los agentes, las relaciones que construyen entre ellos y los flujos financieros resultantes de esas relaciones, señalando como el mercado constituye un conjunto con pugnas de intereses opuestas en función de los flujos de recursos y de los riesgos a asumir por los diferentes agentes. Esta visión permite tener claridad de cuáles son los elementos de carácter específico frente a los cuales debe tornar su atención tanto la regulación como la supervisión.

El sexto se encarga de proporcionar una visión general de los principales problemas a los que se enfrenta el sector de la salud moderno en diferentes países, con el fin de ilustrar acerca de cómo debe enfilarse la atención de la regulación y la supervisión en aspectos de corto, mediano y largo plazo.

Esta tipificación de los mercados sanitarios a nivel conceptual, permite comprender con facilidad los posibles modelos que se pueden adaptar, dependiendo de las definiciones políticas, de las tareas a asignar a cada uno de los agentes y del carácter que se quiere tengan esos agentes en términos de pertenecer al sector público o privado.

A su turno, ello conduce a la construcción conceptual del modelo sanitario en Colombia, definiendo con precisión, para este caso específico, las tareas asignadas a los agentes y los retos y desafíos fundamentales de la supervisión, es decir, de la inspección, vigilancia y control.

1.1 LAS IMPERFECCIONES DEL MERCADO DE SALUD

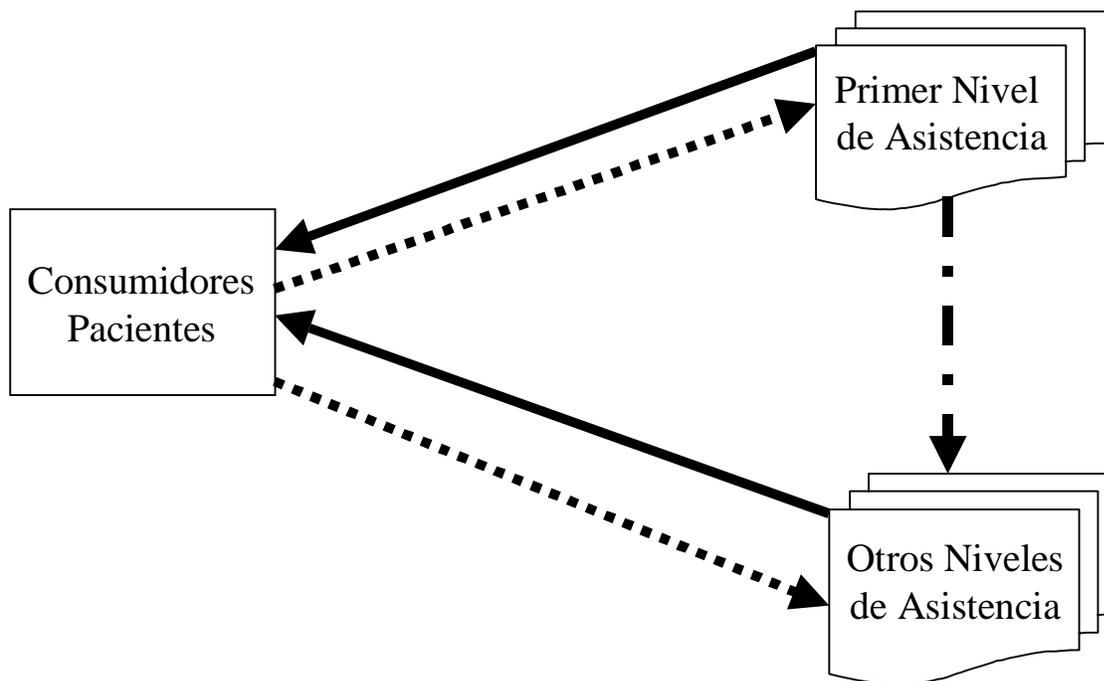
Es indudable que los sistemas de salud en la economía se presentan a los ojos de los analistas como aquellos en donde mejor se tipifican los fallos del mercado, es decir, en donde se presentan con mayor frecuencia las características que definen las imperfecciones de los mercados.

En efecto, en el modelo ideal de competencia perfecta definido por los economistas como marco de análisis, concurren diversos elementos que permiten la formación transparente de los precios en una competencia perfecta entre los diferentes productores. Es lo que la teoría reconoce como el “principio de eficiencia” del mercado, planteando que cuando un mercado de bienes o servicios es perfecto, entonces productores y consumidores, buscando su propio interés, llevarán ese mercado a producir y consumir cantidades socialmente óptimas, es decir, cantidades que hacen máximo el bienestar social. Al ser óptimos producción y consumo, se dice que ese mercado es económicamente eficiente. No todo mercado es perfecto, sin embargo, y por lo tanto no siempre producción y consumo son óptimos. En efecto, para que un mercado sea perfecto en el sentido económico, es necesario demostrar que cumple con los siguientes requisitos:

- **Hay información perfecta.** Los consumidores están perfectamente informados sobre la disponibilidad, precio y calidad de los bienes (o servicios) ofrecidos.
- **Hay competencia perfecta.** Todos los que desean producir el bien pueden ingresar al mercado como productores, y todo productor que desea salir del mercado puede hacerlo libremente. Además, en todo momento existen múltiples productores compitiendo unos con otros para capturar el favor y dinero de los consumidores.
- **El bien es privado.** Al ser consumido, el bien sólo beneficia al consumidor individual y no confiere beneficio alguno a otras personas, como por ejemplo sus vecinos, familiares o amigos.
- **El mercado es completo.** Existe al menos un productor en el mercado, para atender a cada individuo que demande servicios.
- **Los bienes son homogéneos.**

Si se quisiera aplicar algo similar a la teoría de los mercados perfectos al sector de la salud se tendría un modelo elemental del sistema de salud, caracterizado por los desembolsos voluntarios, esto es, los que realizan los pacientes a los prestadores de servicios médicos:

**ILUSTRACIÓN1-1
MODELO DE SALUD EN CONDICIONES DE MERCADO**



Es decir se tendrían unos consumidores pacientes que demandarían los servicios de prestación médica en primer lugar, en el primer escalón de los servicios (médicos generales) y, posteriormente, en caso de requerirse, en otros niveles de atención (médicos especialistas, intervenciones quirúrgicas, etc.). Para ello deberán realizar los pagos de los servicios (líneas punteadas) a cambio de la atención recibida (líneas continuas), al paso que las remisiones de un nivel de atención a otro está definido por las líneas discontinuas.

Una simple observación de este esquema plantea una de las principales desventajas del mercado de la salud, constituida por el hecho de que, bajo esta premisa, la demanda de servicios médicos se centraría únicamente en aquellos agentes que tienen la capacidad presupuestal para acceder a los mismos. Dicho de otra manera, bajo un esquema de desembolso directo por parte de los consumidores, los agentes con menor nivel de renta se enfrentan a la disyuntiva de no acceder a estos servicios o de acceder bajo el costo de golpear severamente su nivel de renta; el mercado no permitiría un acceso adecuado e igualitario a los servicios de salud, involucrando detrimentos severos al nivel de renta de los agentes cuando ellos se ven impelidos a su utilización.

Bajo el marco anterior, el mercado de la salud, se apartaría del “principio de justicia” reconocido en la teoría económica. Es decir que aún cuando se cumplieren todas las condiciones de eficiencia, ello no garantizaría una asignación justa de bienes y servicios en la economía.

Dos son los paradigmas más relevantes de justicia vigentes en el debate sobre la asignación de recursos públicos¹: El principio de igualdad, que parte del supuesto según el cual todos los individuos son iguales, y el principio de equidad, que parte del supuesto de acuerdo con el cual los individuos no son iguales y que frente a la misma necesidad insatisfecha entre los individuos tiene prioridad para recibir la ayuda pública aquel que posee menos recursos propios para satisfacerla (criterio de Rawls). En la mayoría de las sociedades el principio de equidad es el paradigma que orienta la asignación de recursos públicos en salud. La razón para ello es que en efecto, en la mayoría de las sociedades el ingreso de las personas está distribuido desigualmente y por ende es desigual la capacidad de los distintos miembros de la sociedad para adquirir privadamente bienes y servicios, incluyendo aquellos considerados esenciales. Sin un financiamiento público, parcial o total, algunos agentes –los de menores recursos– no podrían acceder a ellos. Los subsidios públicos contribuyen a reducir las barreras económicas que enfrentan las personas de bajos recursos para el consumo de servicios médicos.

En la práctica, sin embargo, no bastan los subsidios al precio para garantizar el acceso, puesto que las personas enfrentan otros costos asociados al consumo, como los de transporte y los costos de oportunidad del tiempo asociado a la búsqueda y obtención de atención; también enfrentan otras barreras, no todas de origen económico, como por ejemplo las barreras culturales y las de acceso físico a la atención. Para promover la equidad en el consumo de servicios de salud es indispensable la intervención pública, por la vía de subsidios a la demanda, o bien de subsidios a la oferta, y la provisión de facilidades para reducir los costos de acceso (por ejemplo, transporte subsidiado, equipos móviles de salud, horarios de atención convenientes para madres y trabajadores, etc.).

Existen otros elementos, distintos a los de falta de justicia y desprotección de la renta que son rasgos característicos de la imperfección del mercado del sector de la salud: en términos económicos, sin duda, el más importante de ellos es la ausencia de mecanismos para la fijación de precios que permitan la mejor asignación de los recursos. En efecto, la retribución de un consumidor por el pago de sus servicios puede involucrar hasta su propia existencia; es claro que

1 Marcelo Medeiros. “Principios de justicia en la asignación de recursos en salud.” IPEA, Texto para discusión No.687, Río de Janeiro, diciembre, 1999. (Traducción: Alvaro Reyes).

ante una tal circunstancia es imposible definir un precio para la vida, por lo cual el mercado no tiene la capacidad de definir precios para los productos que ofrece.

La existencia de asimetrías de información es también evidente en el sector de la salud: es el médico quien tiene la capacidad definir los tratamientos y medicamentos que requiere un paciente consumidor, sin que éste se encuentre en la capacidad de realizar juicios sobre las prescripciones médicas, ni sobre los costos que involucran.

Por otro lado, comúnmente los consumidores no conocen a todos los oferentes de servicios ni están enterados de todas las opciones terapéuticas disponibles, por lo que no hay información perfecta; así mismo se producen importantes barreras de entrada dado, por ejemplo, que la entrada de productores o profesionales no es fácil o está fuertemente controlada, y por lo tanto no hay competencia perfecta. Adicionalmente, muchos bienes de salud no son de carácter privado, puesto que al ser consumidos benefician no sólo al paciente sino también a otras personas. Por ejemplo, cuando una persona es curada de tuberculosis, se beneficia no sólo ella, sino que también todos los que podrían haberse contagiado al entrar en contacto con ella si no hubiese habido tal cura.

Finalmente, en el sector salud hay muchos mercados incompletos, como por ejemplo, el mercado de la atención hospitalaria de especialidad en localidades rurales y el mercado de los seguros de salud en la mayoría de los países.

Ante los evidentes problemas que plantea un sistema de salud concebido desde la óptica usual del mercado, los diferentes gobiernos han encontrado que es indispensable la intervención pública dentro del mismo, con el fin de definirle sus objetivos, las reglas del juego, los agentes participantes y los roles que cada uno de ellos debe desempeñar al interior del sistema.

1.2 LOS OBJETIVOS DEL SECTOR DE LA SALUD

A través de la literatura relacionada con el tema de la salud se verifica con facilidad que uno de los principales escollos en su aprehensión es el que tiene relación con la definición propia del sector y de los objetivos que él busca. En principio, a nivel puramente económico, el sector de la salud puede definirse como aquel mercado en el cual se transan los servicios de salud, existiendo una demanda por parte de la población y una oferta a partir de los médicos y de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

No obstante, la definición planteada tiene limitaciones innegables. De ellas, la primera, sin duda, es la ausencia del reconocimiento de la salud como un bien al cual deben acceder todos los habitantes de una formación social económica, esto es, el principio de la equidad en el sistema; la sola consideración de este nuevo elemento conduce a profundizaciones más complejas, pues ya no se trata de la constatación de la simple existencia de la demanda, sino de la posibilidad real de que todos los pobladores sean efectivamente demandantes potenciales del mercado. Desde luego este hecho conduce a considerar los interrogantes relacionados con los recursos a través de los cuales

algunos sectores, inicialmente marginados del mercado, se involucran dentro del mismo y, a partir de allí, a definir la formación de precios.

Quizás por las dificultades mismas que plantea la definición del sector de la salud, al punto que algunos tratadistas han llegado a afirmar que “como se ha dicho de la pornografía se reconoce la salud cuando se la ve”², la concepción del sector ha sido abocada, más bien, a partir de los resultados que debe producir en relación con los objetivos que cada gobierno, de acuerdo con su filosofía y los medios de que dispone, le otorga al sector.

Adoptando este enfoque de los objetivos que se busca alcanzar, es preciso realizar la enumeración de los principales aspectos que, dentro de la práctica mundial, se pueden identificar como elementos generales del sector de la salud desde el punto de vista propuesto, es decir, de los objetivos.

En este escenario, los objetivos esenciales que persigue un sector de salud son, en principio, los siguientes:

- ❖ Equidad
- ❖ Aseguramiento de las expectativas de renta
- ❖ Eficacia microeconómica
- ❖ Eficacia macroeconómica
- ❖ Libertad de elección para los consumidores

1.2.1 EQUIDAD:

Por equidad se entiende la igualdad que debe tener el conjunto de la población en el acceso a los servicios de salud, sin diferenciar sus niveles de renta. A nivel económico se resume en la afirmación según la cual la equidad consiste en dotar a la sociedad de las posibilidades reales y efectivas de que cada uno de los pobladores tenga la capacidad de ser un demandante de servicios de salud. De la misma manera la equidad hace alusión a que los servicios recibidos por la población sean adecuados y que tengan las mismas posibilidades para el conjunto de habitantes sin realizar

2 Evans Robert “Vender el Mercado o Controlar la Regulación: ¿Quién Pierde? ¿Quién Gana? ¿Qué Expectativas Hay? ¿Qué Límites? En OCDE Estudios de Política Sanitaria No 8, Madrid 1998

discriminaciones (o segmentaciones de mercado) a partir de consideraciones provenientes, esencialmente, del nivel de renta de los mismos.

1.2.2 ASEGURAMIENTO DE LAS EXPECTATIVAS DE RENTA:

El aseguramiento de las expectativas de renta (también llamado Protección de la Renta) se refiere a la necesidad de que los pagos de los servicios de salud no afecten el nivel de renta de los agentes económicos consumidores. En efecto, dado que la función consumo depende esencialmente del nivel de renta, es claro que un gasto en salud (generalmente imprevisible) conduce a que el consumidor deba sustituir el consumo de otros bienes para atender el gasto en salud; si el nivel de renta es bajo, esta sustitución conduce a afectar de manera grave el consumo, cuando no se llega a la situación en la cual simplemente la sustitución no se produce y se acepta la enfermedad con todas sus consecuencias. En otros niveles, distintos a los estratos inferiores de renta, la sustitución de consumo para atender gastos de salud conduce a menoscabar la situación financiera de las unidades familiares microeconómicas, empeorando sus condiciones de bienestar y de calidad de vida.

Así pues el aseguramiento de las expectativas de renta tiene como elemento esencial producir entornos en los cuales el advenimiento de un “siniestro de salud” no demerite el nivel de renta de los agentes económicos, sino que sea atendido de manera equitativa (según el objetivo anterior) manteniendo los niveles de renta y de consumo usual de dichos agentes.

De la manera planteada el aseguramiento de las expectativas de renta pasa forzosamente por una suerte de aseguramiento de la población, de manera que los mencionados siniestros de salud sean atendidos a través de bolsas comunes en las cuales, de acuerdo con lo planteado precedentemente, los pagos a realizar por cada agente deben consultar su capacidad económica.

1.2.3 EFICACIA MACROECONÓMICA:

La eficacia macroeconómica se refiere a la definición por parte del gobierno del nivel de gasto adecuado que quiere tener en salud, definido como un porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). Esta definición corresponde tanto a sus objetivos, como a sus políticas y posibilidades y debe comprender el conjunto de gastos que se realizan en la formación económica correspondiente en el sector.

1.2.4 EFICACIA MICROECONÓMICA:

La eficacia microeconómica comporta varios elementos. En primer lugar, hace relación con la maximización de los recursos disponibles en términos de lograr la mejor atención de la salud y con una cobertura universal; en segundo término abarca la necesidad de lograr la minimización de los costos en la prestación de los servicios de salud (eficiencia técnica); esta minimización de costos debe incluir, en una visión general, los que se originan a partir de los tiempos de espera de los pacientes.

Un elemento esencial dentro de la eficacia microeconómica hace relación con la minimización de costos asociados al sector y que no siempre son considerados dentro de su análisis; ellos son los

costos administrativos en que se incurre y, sobretodo, el costo de la regulación y de la supervisión realizada por las agencias estatales y cuyo objeto son los agentes participantes en distintas instancias.

Así mismo es preciso considerar el mejoramiento permanente de la productividad del sector en relación con la incorporación de los avances tecnológicos que permiten bien sea reducir nuevamente los costos o mejorar los servicios a partir de erogaciones similares.

1.2.5 LIBERTAD DE ELECCIÓN:

Finalmente un objetivo importante es el relacionado con la posibilidad de los consumidores de elegir libremente los servicios médicos a los cuales quieren tener acceso, en términos de los proveedores de los mismos, bien sea a partir de la elección de los médicos (generales y especialistas) o de las instituciones mismas (en sus diferentes niveles).

1.3 LOS AGENTES DEL SECTOR DE LA SALUD

En una mirada amplia el sector de la salud está constituido por seis clases de agentes de la siguiente manera:

- ❖ Los Aportantes
- ❖ Los Aseguradores
- ❖ Los Prestadores de Servicios de Salud
- ❖ Los Proveedores de Medicamentos
- ❖ Los Pacientes - Consumidores
- ❖ Las Agencias Estatales

1.3.1 AGENTES APORTANTES:

Los agentes aportantes están constituidos por todos aquellos que realizan pagos al sector de la salud. En este sentido tal concepción abarca el pago del aseguramiento tanto a partir de las contribuciones parafiscales de los agentes asegurados (lo que en Colombia se conoce como Régimen Contributivo) como el pago que se realiza a partir del presupuesto del Estado (cuyo origen es la tributación general de la sociedad) y que tiene como propósito el de universalizar la cobertura del sistema (lo que en Colombia se conoce como el Régimen Subsidiado).

Dentro de los aportantes deben considerarse igualmente aquellos pagos que realizan algunos agentes económicos, especialmente los ubicados en las capas de mayores ingresos de la población, relacionados con la adquisición de seguros privados (incluyendo la medicina prepagada) o

simplemente los pagos que realizan los individuos de manera directa a los prestadores cuando su capacidad de pago así lo permite y cuando optan por no utilizar los mecanismos de aseguramiento que poseen.

Los recursos obtenidos por diferentes fuentes constituyen el financiamiento del sistema de la salud, en el sentido que constituyen los recursos con los cuales se va a contar para la obtención de los propósitos. Se trata de un elemento crucial, en la medida en que la inexistencia de recursos adecuados conduce inexorablemente a un funcionamiento distinto al esperado, sin importar, en estas circunstancias, si el modelo o diseño adoptadas son apropiados o no.

1.3.2 ASEGURADORES:

Los aseguradores, como su nombre lo indica, son aquellos agentes del sistema que tienen como objeto realizar el aseguramiento de la población; en términos rigurosos son las terceras partes que realizan los pagos a los prestadores de servicios cuando ellos son utilizados por los pacientes consumidores. No obstante esta función esencial de pagadores, los aseguradores no deben ser previstos, ni convertirse en agentes pasivos de pago, sino que deben desarrollar otras funciones al interior del sistema como la de coadyuvar a la eficacia microeconómica y a la eficacia dinámica, para solo mencionar un ejemplo. En el caso colombiano la función de aseguramiento está desarrollada por las Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (en adelante ARS) y los denominados regímenes excluidos que en la práctica operan como aseguradores corporativos. En un sentido amplio también deben considerarse los seguros de salud tradicionales, comercializados por las Compañías de Seguros.

1.3.3 PRESTADORES DE SERVICIOS:

En lo que respecta a las Instituciones Prestadoras de Salud, como su nombre lo sugiere, son aquellos agentes que se encargan de la atención de los pacientes consumidores en términos de la producción y prestación de los servicios. No obstante la elementalidad de su definición, una mirada más en profundidad permite identificar diferenciaciones interesantes: en primer lugar es necesario distinguir entre el cuerpo médico y las instituciones prestadoras (centros hospitalarios en todos sus niveles); a su turno, los médicos se componen de los generales y los especialistas.

En cuanto a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPS) es preciso realizar la distinción entre las públicas y las privadas y, dentro de éstas, aquellas que se encuentran integradas verticalmente con aseguradores y las que no lo están, nuevamente teniendo en cuenta los diferentes niveles.

Es de notar que la oferta de los servicios de salud, propiamente dicha, se ancla en los médicos y en las IPS, cualquiera que sea la forma en que ellos actúen. En este sentido, la eficiencia microeconómica del sistema de la salud tiene gran relación con estos agentes, en la medida en que se producen fuertes incentivos a inducir demanda en general y, en especial, en escenarios de aseguramiento sin integración vertical.

1.3.4 PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS:

Los proveedores de medicamentos son un agente esencial del sector de la salud en la medida en que en ellos radica uno de los elementos fundamentales de la contención de costos como es el costo (para los consumidores) de los medicamentos.

1.3.5 PACIENTES – CONSUMIDORES:

Los pacientes consumidores han sido diferenciados de los aportantes por dos razones: en primer lugar porque, en sentido estricto, no todos los pacientes consumidores son aportantes directos; para el caso colombiano los aportantes directos son los afiliados al régimen contributivo, mientras que los afiliados al régimen subsidiado no realizan aportes de manera directa sino que benefician de las políticas y recursos del Estado invertidos en el sector de la salud. La segunda razón es que, si bien en algunos casos se trata del mismo agente económico, su función como aportante y como paciente - consumidor es radicalmente distinta.

Ahora bien, los pacientes consumidores constituyen la demanda de los servicios de salud, bien sea ante los médicos ora ante las IPS, sin importar, por ahora, el nivel en que ello se realice. En escenarios de aseguramiento los consumidores tienden a aumentar su demanda tanto por la inducción de los prestadores como por motivaciones propias, lo que en el lenguaje técnico se denomina el “riesgo moral”. La manera más apropiada como hasta ahora los diferentes sistemas de salud en el mundo han enfrentado dicho riesgo moral es a través de la imposición de pagos moderadores (ticket modérateur) con el fin de desincentivar la solicitud de servicios de manera desmedida.

1.3.6 AGENCIAS ESTATALES:

Finalmente, el sector se encuentra constituido por las agencias estatales encargadas, en primera instancia del diseño y estructuración del sistema de acuerdo con los objetivos buscados y las políticas a desarrollar; en segundo término por las agencias encargadas de la regulación del sistema, estableciendo las reglas del juego que han de conducir a que se cumplan los objetivos y el diseño y, finalmente, las agencias encargadas de la supervisión, esto es, de la inspección, vigilancia y control de los diferentes agentes para que sus actuaciones se ajusten a los objetivos buscados. A su turno las agencias de control deben apoyarse en las actuaciones de los pacientes, considerados individual y colectivamente, para recibir información cualificada acerca de su entendimiento de la operación del sistema y así permitir tomar medidas correctivas en términos propios de supervisión a propiciar medidas regulatorias que tiendan a introducir las mejoras pertinentes.

1.4 LAS RELACIONES ENTRE LOS AGENTES

Los agentes mencionados, aparte de cumplir las funciones que son propias a cada uno de ellos, entran en relaciones con los demás agentes que es preciso identificar con la mayor precisión. Estas

relaciones evidencian, en múltiples casos la existencia de intereses distintos e incluso opuestos entre unos y otros.

1.4.1 APORTANTES:

La relación esencial de los aportantes es con los aseguradores en la medida en que realizan los pagos. Estos pagos, como se mencionó, tienen diversos orígenes en donde los dos más importantes son los que se realizan a través de los denominados aportes parafiscales o como parte integrante de la renta (es el caso de los independientes afiliados a EPS), o de los que son beneficiarios por los recursos invertidos por el Estado a partir del presupuesto nacional y con origen en la tributación general del país. Deben incluirse también dentro de las relaciones de los aportantes, los pagos que realizan a otros esquemas de aseguramiento de la salud, tales como la medicina prepagada o la adquisición de seguros tradicionales.

El interés esencial de los aportantes es la obtención al acceso a los servicios de salud que requieren, asegurando sus niveles de renta, es decir, garantizando que su aseguramiento los va a cubrir de pagos no previstos y, consecuentemente, de desembolsos que pueden menoscabar su calidad de vida. Una vez obtenido este propósito es también de su interés obtener la mayor cantidad de cobertura de servicios médicos con el menor pago posible.

1.4.2 CONSUMIDORES:

Como consumidores, los aportantes tienen relación directa con los prestadores de servicios de salud tanto a nivel médico como hospitalario. Su interés es que los servicios que se les proporcionan tengan los máximos niveles de cobertura y de calidad. Dentro de este interés pueden incurrir en excesos configurando lo que se denomina el riesgo moral.

Dado que su acceso a los servicios de salud, es decir, su condición de demandantes se encuentra dada por el aseguramiento (se excluyen de esta proposición los pagos privados individuales), los consumidores apelarán a los aseguradores para que la atención médica finalmente recibida tenga los niveles de calidad esperados, cuando no, que se les proporcione la libre escogencia de quien presta el servicio. De esta manera los consumidores deben tener la posibilidad de manifestar a los prestadores y a los aseguradores sus sugerencias, quejas y reclamos en torno a la prestación recibida y esperar una respuesta explicativa o correctiva de tal prestadores.

Con los proveedores de medicamentos su relación es estrecha cuando ellos deben ser quienes sufraguen el costo de sus medicinas. En tal sentido su interés estriba en que los productos farmacéuticos sean de acceso a su nivel de renta sin que implique mayores sustituciones en sus niveles de consumo.

En lo que corresponde a la relación con las agencias estatales, ella se concreta en la formulación de quejas, reclamos y sugerencias, no atendidas de manera eficiente por los prestadores, de suerte que se constituyan en un canal de alimentación a las agencias estatales acerca de cómo se desempeña la oferta en el sector de la salud desde el punto de vista de la demanda. Para realizar esta acción los

consumidores pueden participar individual o colectivamente bajo las formas de asociación establecidas normativamente o bajo las que ellos quieran abrogarse cuando entiendan que se cumplen mejor los objetivos.

1.4.3 ASEGURADORES:

Los aseguradores son los encargados de articular el sistema general de la salud y, en esa medida, entran en relación con todos los demás agentes que componen el sistema. En primer lugar, desde la óptica de la financiación su relación es con los aportantes, esto es, con las fuentes primarias de financiación del sistema. La segunda relación es con esos mismos agentes, pero esta vez vistos desde la óptica de su condición de pacientes - consumidores, es decir, con la demanda del mismo.

En un esquema de libertad de elección de los consumidores acerca de los aseguradores, éstos tendrán interés en asegurar que los servicios que ellos garantizan sean de la mejor calidad, para así poder atraer el mayor número de afiliados posible. La calidad en este caso es vista desde distintos ángulos incluyendo la atención pronta y adecuada, la posibilidad de libre escogencia de los prestadores, el menor tiempo de espera, la calidad de las instalaciones, el cubrimiento territorial, etc..

También tienen relación los aseguradores con la oferta de servicios de salud, es decir, con los prestadores de los mismos. En esta relación particular con la oferta, su interés radica en garantizar que los servicios que se le ofrecen a los consumidores son prestados dentro de los estándares promocionados, para lo cual deben tener estrictos criterios de selección de los prestadores a través de los cuales finalmente se ofrecen los servicios a los pacientes. Para cumplir eficazmente con esta labor deben realizar las verificaciones necesarias (iniciales y posteriores) acerca de la capacidad de los prestadores de realizar la prestación dentro de los cánones deseados.

Un segundo aspecto de crucial importancia en la relación de aseguradores con los prestadores es la contención de costos. De manera general los aseguradores se encuentran interesados en promover este aspecto, con el fin de mejorar sus expectativas; en el caso en que, como en Colombia, los aseguradores reciben una cantidad de dinero estipulada previamente por cada uno de los consumidores que tiene afiliados en su institución, el interés por propiciar la contención de costos es mucho más notoria, en la medida en que ello les permite mejorar su perfil financiero de corto y mediano plazo y, efectivamente, proveer los servicios con la calidad requerida. Esta tendencia es menos acentuada o prácticamente inexistente en los casos en que los aseguradores se convierten en simples transmisores de pagos desde la instancia gubernamental a los prestadores de servicios.

Ahora bien, para moderar o controlar los costos, los aseguradores tienen varias opciones de modalidades de pago a los prestadores: frente a los médicos se pueden determinar pagos por servicio, por persona o por salario; frente a los prestadores los pagos se pueden realizar por caso, por día o a través de presupuestos globales anticipados. Los métodos de contención de gastos, considerando las diferentes modalidades de pago a los prestadores, pueden adquirir diversas formas de las cuales es preciso distinguir al menos dos de la mayor importancia: las auditorías médicas a través de las cuales los aseguradores implementan mecanismos para verificar que los servicios

prestados (en cualquiera de los niveles de atención médica) corresponden de manera cierta a los que deberían ser implementados en el paciente de acuerdo con su patología o con su enfermedad. Por otro lado la integración vertical con los prestadores constituye un desarrollo reciente de la necesidad de contener gastos en la medida en que a partir de este esquema los riesgos son compartidos en una sola unidad grupal y no a través del enfrentamiento de intereses diversos entre aseguradores, prestadores y pacientes.

Cualquiera que sea el modelo adoptado por los aseguradores para controlar los costos (y, de contera, la calidad y oportunidad de los servicios) el esquema pasa forzosamente por un primer paso consistente en que la puerta de entrada de los demandantes a los servicios de salud la constituyen los médicos generales. A partir de ellos se producen las remisiones a médicos especialistas y, por decisión de éstos, a tratamientos quirúrgicos, estando, desde luego, las urgencias excluidas de este procedimiento.

En otro nivel, pero igualmente dentro del tema de la contención de costos, los aseguradores tienen interés en propiciar por cuenta propia o con los recursos gubernamentales, campañas de salud pública sobre los individuos³.

También tienen relación los aseguradores con los proveedores de medicamentos, en la medida en que ellos constituyen un insumo fundamental de los tratamientos médicos. En este aspecto la acción debe estar encaminada a la reducción de costos en los medicamentos bien sea a través de la generalización del uso de los genéricos o de la utilización de su capacidad de negociación como comprador al por mayor para lograr reducir los precios finales.

Como se ve, los aseguradores juegan un rol de primera importancia en el logro de los objetivos relacionados con la eficacia microeconómica del sector de la salud, dado que sus acciones en las relaciones con otros agentes deben propender de manera decidida por la minimización de los costos de los servicios de salud (conservando los niveles de calidad); así mismo buscan minimizar los costos de administración y los que se generan por los tiempos de espera de los pacientes; propenden por la maximización en la atención; velan porque se produzcan externalidades favorables sobre los

3 En términos estrictos la salud pública como concepto abarca dos grandes grupos de acciones: en primer lugar, aquellas que se encuentran dirigidas a los pobladores, consistentes, esencialmente, en campañas de prevención y promoción de la salud, tales como vacunación, revisiones periódicas, etc.. El segundo campo se encuentra constituido por las acciones concernientes a aspectos ambientales en todos los ámbitos que éste abarca: contaminación ambiental, tratamiento de residuos, saneamiento básico, etc.

grupos de población a partir de los propios servicios médicos o por las acciones de salud pública sobre los mismos.

En otras palabras, los aseguradores tienen un papel de primera línea en la obtención de la eficacia en la asignación de recursos, en la eficiencia técnica y de costos y en las externalidades. Adicionalmente debe mencionarse su importancia en el mejoramiento de la productividad mediante la incorporación en la prestación de servicios de los avances tecnológicos, es decir, en la eficacia dinámica.

Su papel, en este orden de ideas, puede definirse como el de intermediarios entre la demanda y la oferta, asumiendo un papel de articulación del sistema a través de la aglomeración de la primera y de conformación de redes de servicios para ofrecerlos.

Deliberadamente se han dejado en último lugar las relaciones de los aseguradores con las agencias estatales encargadas del diseño, regulación y supervisión del sector de la salud, dado que el marco general de las interacciones con los demás agentes constituye el trasfondo a través del cual deben ser miradas estas relaciones. Es claro que dependiendo del diseño que se da a un sector de salud en un país cualquiera, los aseguradores constituyen una de las piedras angulares sobre las cuales se erige el mismo⁴. Como se ha visto, los aseguradores constituyen el agente intermediario entre los pacientes y los prestadores de los servicios de la salud, razón por la cual son el mecanismo de transmisión de las medidas de regulación establecidas de acuerdo con el diseño del sistema que se tenga.

En cuanto a las relaciones con las entidades de supervisión, esto es, las encargadas de la inspección, vigilancia y control del sistema, deben garantizar que en todo momento se encuentran en real capacidad de cumplir las tareas que le son asignadas dentro del diseño y regulación del sector. Así, deben mantener los niveles de solvencia y, sobretodo, de liquidez requeridos para la pronta realización de los pagos a los prestadores de servicios; deben realizar las tareas concernientes a la contención de costos; deben asegurar que la prestación de los mismos se realiza dentro de los niveles de calidad y oportunidad deseados; deben vigilar de manera correcta que los prestadores de

⁴ Desde luego el rol a jugar y la importancia depende del modelo que se adopte para el sector de la salud. Este aspecto será desarrollado más adelante. No obstante puede mencionarse que los aseguradores constituyen la pieza esencial de ensamble en la medida en que se erigen como las terceras partes pagadoras de los servicios prestados; en esta función pueden desarrollar con mayor o menor intensidad las acciones tendientes a lograr la eficiencia microeconómica del sistema, dependiendo, justamente, del modelo que se adopte.

los servicios tienen la idoneidad requerida para operar dentro del sistema; en fin, deben realizar todas aquellas acciones que se le asignan dentro del marco regulatorio. Para el caso colombiano podría afirmarse de manera tan general como precisa, que los aseguradores deben mantener en permanencia las condiciones financieras, técnicas, administrativas y de control que le permitan cumplir de la manera más adecuada con el propósito de garantizar la eficiencia microeconómica del sector de la salud.

En este orden de ideas, la inspección, vigilancia y control de los aseguradores debe orientarse necesariamente a verificar que ellos se encuentran de manera permanente cumpliendo con cada una de las acciones que conducen a la eficiencia microeconómica.

A nivel general es de notar que en escenarios de aseguramiento privado o de aseguramiento financiado por el Estado, pero con libre escogencia de los consumidores, se configura una suerte de mercado de aseguradores⁵; en este cuasi mercado la competencia no se produce a través de precios, sino mediante la calidad, oportunidad y cobertura de los servicios médicos que los pacientes - consumidores finalmente identifican que van a recibir.

En otras palabras, si bien el consumidor no siempre se encuentra en capacidad de realizar la disección analítica entre prestadores y aseguradores, de todas maneras, dada su función de maximización de la utilidad, tenderá a seleccionar los servicios médicos que él identifique como los más apropiados, para lo cual considerará las instalaciones, la idoneidad de los profesionales, el tiempo de atención, el tiempo de espera, la oportunidad y, en fin, todos los factores que asocie con su mejor bienestar. Teniendo como premisa básica la libertad de elección de los consumidores y la libre posibilidad de movilizarse entre los aseguradores, éstos desarrollarán un cuasi mercado de competencia, en donde el elemento definitorio es la provisión de esos servicios que los consumidores identifican como los mejores.

A nivel de supervisión la tarea, en este aspecto, consiste en velar porque las condiciones de información, transparencia y cumplimiento (frente a los consumidores) y de solvencia, solidez, liquidez y cumplimiento de la eficiencia microeconómica (en relación con los aseguradores) se cumplan objetivamente, para permitir que el cuasi mercado opere eficientemente y permita las mejores asignaciones de recursos al interior del sector.

⁵ En términos rigurosos se podría tipificar como un cuasi mercado.

1.4.4 PRESTADORES DE SERVICIOS:

Los prestadores de los servicios constituyen la oferta de servicios en el mercado de salud. Como tal guardan una primera relación con los demandantes, es decir, con los pacientes - consumidores. En esta relación su interés radica en maximizar su ingreso, para lo cual se pueden identificar dos actuaciones en términos amplios: la primera de ellas hace relación con la adecuada prestación de los servicios de suerte que tanto los consumidores como los aseguradores los identifiquen como un sujeto apropiado para el requerimiento de la prestación de los mismos, en el caso de los pacientes, cuando éstos tienen la opción de escoger libremente el prestatario y, en el caso de los aseguradores, para lograr que sus afiliados satisfagan su demanda a través de ellos. Este es un método adecuado de buscar la atracción del mayor número de clientes posible, teniendo en cuenta que la oferta está limitada por el tamaño de las instalaciones (o por condiciones de tiempo en el caso de los médicos) y que en tal sentido el crecimiento de la demanda debe tener un tope, so pena de menoscabar las condiciones que hacen atractivo al prestador y perder el favorecimiento de consumidores y aseguradores.

Dentro de este contexto se entiende que sea usual que los prestadores entren en relación con ellos mismos en varios niveles. En primer lugar es preciso plantear la necesaria relación entre los prestadores- médicos y los prestadores instituciones, en donde se producen diversas modalidades de pago, como se mencionó, como son la tarifa por servicio, el pago por persona (por periodo de tiempo) y el salario. En segundo término las instituciones pueden realizar contratos entre ellas para suplir eventuales carencias de capacidad o ausencias estructurales de determinados servicios que requieren cierta dosis de especialización; este caso es más frecuente cuando se produce integración vertical, en donde esos servicios de alta especialización y tecnología son contratados externamente, dado los costos que implicaría asumirlos directamente.

La segunda actuación para aumentar la demanda es, esta vez, a través de la práctica perversa (en el sentido económico) de su inducción. En efecto, los prestadores en general, en escenarios de seguros tienden a realizar exámenes más allá de los necesarios con el fin de poder facturarlos al cliente o al asegurador y por esta vía aumentar sus ingresos operativos.

Frente a esta segunda actuación que puede desencadenar una explosión de costos en el sector, es posible identificar un interés diametralmente opuesto al de los aseguradores, mientras que los

consumidores son indiferentes a este conflicto, siempre y cuando no les corresponda realizar erogaciones provenientes de su renta⁶.

Así pues la tercera relación que mantienen los prestadores de salud es con los aseguradores teniendo, en principio, intereses opuestos y estando expuestos a riesgos similares, pero asumidos de manera igualmente opuesta, dado que, en caso de ocurrencia de una tratamiento médico con costos catalogados como altos, dependiendo de la relación contractual existente, el riesgo recaerá sobre el prestador o sobre el asegurador; sobre el prestador en el caso en que la modalidad de pago haya sido definida mediante la figura de contrato por persona o número de ellas, de suerte que el siniestro debe ser asumido a cuenta de ese contrato; sobre el asegurador en el caso en que la modalidad contractual (por caso) prevea el reembolso de los gastos por parte de éste al prestador.

De esta manera las relaciones entre prestadores y aseguradores plantean dos elementos de la mayor relevancia en la construcción de los sistemas de salud: de una parte la contención de costos y, de la otra, la asunción de riesgos. Estos dos aspectos, aunque han sido abordados desde distintas ópticas continúan constituyendo los mayores desafío de los sistemas de salud, una vez su financiamiento ha sido resuelto.

En efecto, desde el punto de vista de los aseguradores, como se mencionó, la solución se ha planteado mediante la definición de contratos con los prestadores a partir de los cuales los riesgos y los costos recaen en estos últimos; si bien ello constituye un avance, es claro que, desde el punto de vista del prestador, asumir los riesgos puede resultar excesivamente oneroso y conducirlo a una situación financiera crítica. En la mayoría de los casos, para evitar estas circunstancias, el peso de las decisiones recae sobre el consumidor en términos de un desmejoramiento de la calidad de los servicios prestados, con lo cual se producen retrocesos en el sistema considerado en su integralidad. Desde el punto de vista del prestador, el interés radica en que los pagos se realicen de acuerdo con las prestaciones, caso en el cual los riesgos se verterán íntegramente sobre el asegurador, en su condición de realizador de los pagos (o de los reembolsos).

Una salida alternativa, puesta en boga de manera reciente es la integración vertical entre aseguradores y prestadores, de suerte que aquellos optan por prestar los servicios médicos a sus

⁶ La explosión de costos puede conducir a que en el mediano plazo se produzca el empeoramiento de los servicios de salud prestados a los consumidores; no obstante, por lo general, éstos no se encuentran en capacidad de identificar las consecuencias que en el tiempo tienen los costos excesivos. Adicionalmente tienen propensión a sentir satisfacción cuando identifican los tratamientos médicos como muy completos.

afiliados a través de médicos remunerados con un salario y con sus propias instalaciones tanto para asistencia primaria como para servicios hospitalarios. Al respecto vale anotar cómo la experiencia internacional ha mostrado que estos modelos integrados resultan particularmente eficientes cuando se producen en el sector privado, en la medida en que el modelo “posee una gran potencial para lograr una eficacia micro y macroeconómica porque existen: incentivos de competencia; buenas oportunidades para gestionar la prestación de asistencia (mediante filtros y el contrato de empleo) y perspectivas de ahorro administrativo a causa de la integración vertical. Aunque existen incentivos para que se preste un mal servicio, éstos quedan contrarrestados por la necesidad del asegurador de atraer y mantener al consumidor en un mercado de seguros competitivo”⁷.

No ocurre lo mismo cuando la integración se produce en modelos de atención pública dado que “no se contrarrestan los incentivos a un mal servicio a causa de la necesidad que tienen las terceras partes (los aseguradores) de mantener a los asegurados...los incentivos para quienes prestan los servicios son contraproducentes. Quienes prestan los servicios con eficacia tienen como recompensa más trabajo, pero no más recursos; quienes los prestan con ineficacia tienen tranquilidad y recursos desperdiciados. Las colas para acceder a los servicios son comunes y los pacientes tienden a convertirse en suplicantes, más que en consumidores con derechos. Además carecen de incentivos para los proveedores de servicios con el fin de que economicen en los costes. Por ejemplo, a la reducción del gasto hospitalario durante un año le siguen restricciones presupuestarias el siguiente”⁸

Al igual que en el caso de los aseguradores, en el de los prestadores de servicios se conforma un cuasi mercado en el cual los elementos de competencia están dados por la intención de ser atractivos para los aseguradores, en términos de prestar los servicios a los afiliados de éstos o para los pacientes privados tanto los que corresponden al seguro tradicional como los que realizan los pagos por su propia cuenta. Los elementos fundamentales de esta competencia están dados por la calidad y capacidad de las instalaciones y por la calidad de los servicios que proporcionen a los pacientes al igual que, por supuesto, los niveles de precios que presenten.

Dentro de este contexto el reto del sector de la salud y a ello debe apuntar la supervisión es a verificar que las relaciones establecidas entre los prestadores y los aseguradores no vayan a conducir ni a una desmedida asunción de riesgos por parte de ninguno de los dos agentes, ni a

7 OCDE “Análisis Comparativo de Siete países de la OCDE” en Estudios de Política Sanitaria No 2 p.29, Madrid 1998

8 Ibid p.30

provocar desmejoramientos en los niveles y en la calidad de atención a los consumidores, así como a propiciar y prohijar la competencia al interior de los dos cuasi mercados, en la medida en que el diseño del sistema así lo permita..

De esta manera una nueva relación de los prestadores es la que conducen con las agencias estatales de supervisión; aparte de la demostración de las calidades que garantizan la posibilidad de la prestación de los servicios que ofrecen (acreditación), es necesario que comprueben que su capacidad para asumir riesgos mediante contratos se encuentra validada de manera real en sus posibilidades financieras, para asegurar que no se vaya a deteriorar la provisión de la atención médica en casos de siniestros.

Finalmente, los prestadores se relacionan también con los proveedores de medicamentos. Los médicos, en primer lugar, porque son ellos los encargados de la formulación de las prescripciones médicas que habrán de adoptar los pacientes. Las instituciones por los suministros directos que realizan a los pacientes durante su estadía en sus instalaciones.

1.4.5 PROVEEDORES DE MEDICAMENTOS:

Los proveedores de medicamentos entran en relación con los consumidores, los aseguradores y los prestadores. Para el caso de los consumidores esta relación se produce cuando éstos deben sufragar de su propia renta los medicamentos que les son prescritos por el cuerpo médico; en el evento de los aseguradores cuando estos intermediarios son los que proveen a sus afiliados tales medicamentos. Por último con las prestadores en los suministros y usos que ellos aplican o proporcionan de manera directa a sus pacientes.

Es obvio que el interés mayor de los proveedores de medicamentos es el aumento de sus ventas a través de una mayor utilización de sus productos, proveniente, esencialmente, de las decisiones de los médicos frente a los tratamientos a formular a los pacientes. Para ello, de manera general, según lo enseña la experiencia internacional, estos proveedores preconizan los principios del mercado y de la competencia para la adquisición de sus productos, de suerte que ellos no sean sujeto de regulación y así se favorezcan sus ingresos⁹. Se trata, sin lugar a dudas, de un elemento esencial sobre el cual no siempre se hace el énfasis debido.

⁹ El caso de Alemania en la década de los noventa es particularmente revelador. El gobierno alemán, ante el desmesurado aumento de gastos originado en el consumo de medicamentos, determinó un tope al total de gastos de las cajas públicas del seguro, estableciendo que todo aumento por encima de ese tope sería sufragado vía disminución de los salarios de los médicos. El

1.4.6 AGENCIAS ESTATALES:

Las agencias estatales guardan relación con todos los agentes del sistema desde la perspectiva del diseño y definición de políticas del mismo, de la regulación, es decir, la definición de las reglas del juego a las cuales deben ajustarse estos agentes y desde la inspección, vigilancia y control, esto es, el aseguramiento de que los agentes efectivamente están cumpliendo con las reglas del juego y que en este proceder están contribuyendo de la manera prevista al cumplimiento de los objetivos del sistema.

En este escenario las políticas, diseño, regulación y supervisión dependen de la forma como se concibe el sector y de los propósitos que de él se buscan y, en tal sentido, difieren de acuerdo con cada uno de los países, sus recursos y sus objetivos. No obstante, para no soslayar el tema en estas instancias y dado que él es el objeto mismo del presente documento, es menester señalar que como principio general los desarrollos internacionales del sector de la salud, incluido el caso colombiano, enseñan que la regulación y supervisión del sistema se enmarcan en el cumplimiento de los objetivos mencionados anteriormente, vale recordar, la equidad, el aseguramiento de las expectativas de renta, la eficacia macro y microeconómica y la libertad de elección de los consumidores. Ya las formas particulares que adquiere el cumplimiento de estos objetivos, así como los mecanismos a través de la relación entre los agentes como se entiende implementar, dependen del modelo particular que se implante en cada país.

1.4.7 LOS FLUJOS DE RECURSOS EN EL SECTOR

En este acápite se presentan los flujos de recursos del sector de la salud discriminados para cada una de las clases de agentes antes definidos, lo cual, a su turno, define las relaciones financieras existentes entre ellos.

El principio general que se debe observar al mirar los flujos de recursos es la diferenciación entre los diferentes intereses de los agentes como proveedores de financiamiento o como receptores de gastos de salud, los cuales, en este evento, constituyen sus ingresos. Este enfoque marca, a la vez, una diferencia esencial entre la óptica que se tiene dentro de los diferentes grupos frente a los que se concibe como la estructuración del sector y las fuerzas que actúan en su interior.

resultado fue que los gastos en medicamentos se redujeron, de manera inmediata en casi una tercera parte. Ante ello, los proveedores de medicamentos proclamaron los principios del mercado y de la competencia, proponiendo que fuera libre decisión de los asegurados escoger entre quien le proporcionaba o no las prescripciones médicas. Al respecto ver Evans Op. Cit.

En relación con lo anterior “aquellos para los que los gastos sanitarios representan una renta preferirán siempre una política de transferencia de las cargas a una política de limitación de gastos”¹⁰; es decir, que en el caso de los agentes para los cuales los gastos en salud constituyen el eje central de sus ingresos desestimarán las medidas regulatorias, en particular aquellas referentes a la contención de costos, privilegiando una posición de no regulación y de dejar imperar a las fuerzas del mercado en el establecimiento de los precios. En este caso la alusión al mercado constituye una herramienta conceptual (utilizada, la más de las veces de forma falaz) para impedir que se apliquen políticas de contención de costos y, en cambio, el gasto general en salud aumente de manera progresiva. Los casos más representativos, en términos conceptuales, de esta postura son los prestadores de servicios de salud y los proveedores de medicamentos.

En la otra punta se ubican los canales de financiación del sistema, particularmente los gobiernos, los cuales tienen interés (eficacia macroeconómica) en que los costos totales del sector de la salud se mantengan dentro de los límites que impone el seguimiento de una política macroeconómica general sana. De forma análoga los aseguradores, cuando se les impone limitaciones en los gastos por consumidor afiliado y en el caso particular colombiano, tienen interés en que se produzcan regulaciones que favorezcan la contención de costos de los cuales, en alta medida, ellos se convierten en garantes (eficiencia microeconómica)

Más allá de las posiciones contradictorias es preciso reiterar que, como ha sido establecido, el sector de la salud no puede ser considerado como un mercado en el cual funcionen las leyes de la competencia y de la asignación eficiente de recursos a través de una fijación de precios transparente y en condiciones de concurrencia. Por ello todos los sistemas de salud, en mayor o en menor medida, son objeto de regulación y de controles, aunque ellas asuman formas diversas en función de las características y tradiciones de la formación social económica en que suceden, siendo de común ocurrencia que las funciones de prestación y pago se encuentren excluidas de la órbita del manejo directo del gobierno pero estrechamente vigiladas por él.

Hecha la precisión general de los flujos de recursos en el sector de la salud a nivel de los agentes particulares se pueden definir los siguientes:

◆ **Prestadores de Salud:**

- Pago pacientes sin seguro (+)

¹⁰ Evans Op cit. P.112

- Reembolso por prestación por aseguradores	(+)
- Pagos de contratos por aseguradores	(+)
- Pagos por integración vertical	(+)
- Costos personal médico y paramédico	(-)
- Costos resto de personal	(-)
- Otros Costos Operativos	(-)
◆ Aseguradores:	
- Contribuciones parafiscales	(+)
- Aportes provenientes del presupuesto	(+)
- Pagos por planes extra	(+)
- Pagos a prestadores por reembolso directo	(-)
- Pagos a prestadores por contratos	(-)
- Pagos a prestadores por integración vertical	(-)
- Costos de personal	(-)
- Otros costos operativos	(-)
◆ Proveedores de Productos Farmacéuticos:	
- Ventas a pacientes directas	(+)
- Ventas a aseguradores	(+)
- Ventas a prestadores de servicios de salud	(+)
- Costos administrativos y de producción	(-)
- Costos de distribución	(-)
◆ Pacientes – Consumidores:	
- Pago contribuciones parafiscales	(-)
- Pago que a su cuenta realiza el gobierno	(-)

- Aseguramiento de su condición de salud (+)
- Calidad y oportunidad de la atención (+)
- Aseguramiento expectativas de renta (+)
- Contribución al control de la prestación (+)
- **Gobierno:**
- Aportes de Presupuesto Nacional (-)
- Mejoramiento condición sanitaria del país (+)
- Mejoramiento calidad de vida de los ciudadanos (+)

Como se ve, mientras que para los prestadores de servicios y los proveedores de medicamentos (e, incluso, para los aseguradores) los flujos de recursos corresponden de manera estricta a los flujos reconocidos empresarialmente, para los consumidores, que son el fin último del sistema, y para el gobierno los flujos de recursos se basan en aspectos tan etéreos como difíciles de cuantificar¹¹ como el mejoramiento de la condición de la salud, e o el bienestar de la población o su nivel de calidad de vida. La asimetría en estas condiciones impide de manera radical que el sector de la salud pueda considerarse como un mercado convencional, aunque ello no obsta para que se planteen ventajas provenientes de los mercados y que ellas sean aplicables parcialmente a ciertos agentes que actúan al interior del sector.

Ahora bien, mirando los recursos, ya no desde la perspectiva particular de los agentes, sino a través del lente del sector en su conjunto, es posible plantear que los pagos realizados tanto por las contribuciones parafiscales como por los aportes del presupuesto con recursos provenientes del recaudo de impuestos, así como los pagos realizados a aseguradores privados, a través de planes extras o pagos directos por los agentes consumidores, deben permitir la provisión de una cantidad global de servicios médicos (incluyendo los medicamentos) a unos precios determinados. A su turno, los prestadores de servicios deben percibir rentas dadas por la cantidad de los recursos que proporcionan fijados a una tasa también determinada. Siguiendo los lineamientos planteados por

¹¹ ¿Cómo, por ejemplo, ponerle precio de mercado a la vida o a la condición de salud? Es claro que ante una circunstancia de angustia el precio de la vida tiende al infinito, mientras que en condiciones de normalidad, ante el no peligro de la salud, el problema no se plantea.

Evans en este respecto, es posible plantear la siguiente ecuación de carácter general para el flujo de recursos del sistema.

$$T + C + R = P * Q = W * Z$$

Donde :

T= contribuciones del gobierno provenientes del recaudo de impuestos

C= Pagos realizados de manera directa a los prestadores por agentes privados

R= pagos realizados a aseguradores, incluyendo los seguros tradicionales

P= precio asignado a los servicios médicos los cuales pueden ser implícitos o explícitos.

Q= servicios médicos proporcionados a los pacientes incluyendo medicamentos

W= tasa de remuneración de los servicios médicos prestados

Z= rentas de los prestadores de servicios.

De acuerdo con esta ecuación general y con los flujos de recursos planteados para cada uno de los agentes que participan en el sector es posible obtener algunas profundizaciones. En primer lugar es preciso notar que un aumento en cualquiera de los dos componentes de la derecha de la ecuación planteada, supone necesariamente un aumento en los recursos destinados por el gobierno o por los agentes privados a la financiación del sistema. Así si se produce una inducción de la demanda por parte de los prestadores de servicios (aumento de Q) o de los precios de la prestación (aumento de P), se traduce en la necesidad de aumentar la financiación; si se quiere que el gasto gubernamental (T) no se aumente, necesariamente tendrá que producirse un aumento en R para compensar los aumentos de demanda inducida. En sentido contrario, la aplicación de una política de contención de costos produce disminuciones en las necesidades de financiamiento y libera recursos para atender sea otros aspectos del sector de la salud o para otros planes gubernamentales.

Así pues, los flujos de recursos se constituyen en un elemento de trascendental importancia para la formulación de políticas de regulación y la supervisión de las mismas, en procura de lograr los objetivos generales planteados para el sector de la salud. En términos más rigurosos, la realización del flujo de recursos conduce a una nueva profundización sobre el funcionamiento del sector de la salud: se trata de un esquema de repartición de rentas entre los participantes del sistema con intereses opuestos frente a los precios, los costos y las asignaciones generales que se le deben proporcionar al sector. Todo cambio en las políticas de financiación o en la organización de las estructuras que prestan servicios médicos o los aseguran, tiene repercusiones importantes en esta distribución de rentas.

Por lo tanto es preciso reconocer que, con independencia de los principios altruistas que constituyen los objetivos generales del sistema de la salud, los agentes que participan en su interior tienen claros

intereses económicos y que éstos se encuentran presentes en todo lo concerniente a la financiación y la prestación de los servicios.

Los pacientes se encuentran de cierta manera al margen de esta pugna por la repartición de rentas; difícilmente se encuentran interesados por la estructura general del sector, sus costos o el volumen global de servicios que proporciona; su interés estriba en recibir una atención adecuada y en esta actitud pueden propiciar aumentos en los costos y desequilibrios en la repartición de rentas.

Esta concepción del sistema desde el punto de vista de la pugna por la repartición de las rentas que se construyen en su entorno debe ser bien entendida: ella no constituye el objeto del sector, pero es un hecho ineludible que se presenta y que debe ser tenida en cuenta a la hora de pensar en el diseño, la regulación y la supervisión del sistema.

1.5 PROBLEMAS FRECUENTES EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y EN EL DISEÑO DEL SISTEMA

A nivel general es posible identificar los problemas más frecuentes que se presentan en los sistemas de salud a nivel internacional, problemas frente a los cuales el caso colombiano no constituye una excepción.

1.5.1 LA EQUIDAD:

Sin duda el más importante de ellos es la dificultad de los gobiernos en alcanzar su ideal de equidad en la prestación de servicios médicos tanto en el sentido de buscar que la cobertura sea universal, como desde el punto de vista del mismo tipo de atención para la población. Indudablemente en este aspecto, en no pocos países, el problema central lo constituye el planteamiento de objetivos muy ambiciosos en relación con los recursos disponibles.

En estos casos, de los cuales el colombiano parece ser uno muy particular, es preciso, en primer lugar, garantizar que los aseguradores están cumpliendo cabalmente con su propósito de garantizar la eficiencia microeconómica del sistema, pues no sería explicable que la cobertura o los planes de beneficios se vieran disminuidos por virtud de un desvío de recursos hacia el sufragamiento de la ineficiencia de los aseguradores.

Una vez asegurado el aspecto anterior, si la restricción de recursos persiste, es preciso realizar una escogencia entre los planes de beneficios que se quieren otorgar a la población y la cobertura del sistema. En otros términos, cuando las limitaciones de recursos amenazan de manera seria la cobertura universal, es insoslayable plantearse la necesidad de disminuir los planes de atención para lograr obtener el propósito de la cobertura.

Es claro que no pueden existir ambos propósitos en ambientes de restricción presupuestal considerable. Un error mayor sería hacer recaer el peso de los déficits del sistema sanitario sobre los posibles participantes del sector privado en calidad de aseguradores, pues ello conduciría inexorablemente a la quiebra del sistema.

En este sentido, el desafío radica en lograr un equilibrio entre los recursos disponibles, la población a cubrir y el plan de beneficios a otorgar, acompañado de la garantía de la mayor eficiencia en el aseguramiento (eficiencia microeconómica).

1.5.2 EL AUMENTO DEL GASTO

Otro problema, al cual se ha hecho referencia de manera plural, es el relacionado con las presiones para que aumente el gasto en salud, cuando no el aumento real de dicho gasto. Las causas que ocasionan esta circunstancia son variadas y van desde la inducción de demanda por parte de los prestadores de los servicios y la sobremedicación a los pacientes, hasta la caída en el riesgo moral por parte de los consumidores. Dentro de ellos se ubican factores como el aumento de las expectativas sobre los servicios médicos mínimos que se deben prestar a partir de la financiación de los gobiernos o los altos costos de la tecnología propia del sector.

Adicionalmente pueden ocasionarse presiones para aumentar el gasto por factores demográficos como el envejecimiento de la población, fenómeno de común ocurrencia en los países de mayor desarrollo, pero del cual no están exentos países como Colombia, hasta el punto que bien puede plantearse que ésta debe ser una de las preocupaciones que deben avizorarse desde ya para prevenir problemas en el mediano y largo plazo; a estos factores se añan otros, resultantes éstos de las variaciones en las costumbres culturales y sociales en los países, como los provenientes del deterioro ambiental, de la mayor libertad sexual que impera en la actualidad, el consumo masivo de sustancias sicotrópicas, la mayor utilización de vehículos, para solo mencionar algunas de las más conocidas.

Frente a este aspecto debe mencionarse que el sector de la salud se caracteriza por ser uno en donde las necesidades de la gente no parecen tener fin; esta observación guió a Wildavsky a formular lo que se conoce como la “ley de los gastos médicos”, según la cual estos gastos alcanzarán siempre los niveles de los recursos disponible; el corolario obvio es que si se quieren contener los gastos hay que actuar sobre los recursos disponibles. De hecho esta ha sido la solución adoptada en la mayoría de los países desarrollados con excepción de los Estados Unidos de Norteamérica.

Ahora bien deben entenderse que la contención de gastos no constituye un objetivo per se, sino que se plantea a propósito de la definición de la eficiencia y eficacia del sistema en los términos atrás señalados de eficiencia micro y macroeconómica, lo cual constituye el eje central sobre el cual las políticas de control a los costos adquieren su real dimensión en términos de la estructuración del mercado y de los agentes que se deben encargar de desarrollarlo.

1.5.3 LA CALIDAD DEL SERVICIO

Un tercer problema frecuente tiene que ver con la calidad misma del servicio, en términos de la atención brindada a los usuarios, la respuesta dada a sus necesidades y la oportunidad de la misma. Dentro de esta misma categoría se ubica el tiempo de atención a los pacientes visto desde dos dimensiones: el que transcurre entre la solicitud de la atención y la realización de la misma y el tiempo de espera durante el día de la atención médica.

Dentro del mismo orden de ideas las desigualdades en los costos frente a atenciones similares al interior de los países constituyen un tercer problema frecuente dentro del sector de la salud en distintos países.

Estos problemas deben conducir a mejorar los elementos de diseño y de supervisión del sistema. Los elementos fundamentales para corregir estas deficiencias son, en primer lugar, la definición precisa de cuáles agentes deben encargarse y en qué medida de las acciones que conduzcan a la obtención de los objetivos del sistema. De manera más específica y dado que la equidad es una proclama de carácter general y la libre elección de los consumidores se realiza a través de una regulación esencialmente sencilla, el problema esencial estriba en conocer cómo los agentes van a actuar de manera favorable para lograr los objetivos de eficacia micro y macroeconómica.

En cuanto al la eficacia macroeconómica, es decir, a mantener el gasto en salud dentro de un porcentaje del PIB que se considera apropiado, es preciso que se instauren políticas de contención de costos para asegurar, al mismo tiempo, que la misma cantidad de recursos va a permitir la mayor cobertura posible. Estas políticas de contención de costos no se prescriben en abstracto, sino a través de la acción específica de los agentes, por lo que se encuentra indisolublemente ligada a la eficacia microeconómica.

En este nuevo nivel micro el diseño del sistema y su regulación deben definir la forma como los agentes que participan van a interactuar para lograr la eficacia en la asignación, de costos, dinámica y el propiciamiento de externalidades favorables a la población, todo dentro de un esquema de calidad, oportunidad e idoneidad en la prestación de los servicios. A su turno la supervisión debe encargarse de monitorear el cumplimiento de estos propósitos mediante procedimientos de inspección, vigilancia y control a los diversos agentes que apunten en la dirección señalada.

Así, refiriéndose de manera particular al caso colombiano, si la eficacia de costos, es decir, la minimización de los mismos es una labor que ha sido centrada en las relaciones entre aseguradores y prestadores, las acciones de supervisión deben vigilar que las relaciones que ellos establecen se adecuen a esa minimización de costos y que los riesgos existentes al interior del sistema sean distribuidos adecuadamente. En este sentido se deben implementar acciones tales como el monitoreo de los contratos que se realizan entre los agentes; la capacidad para asumir los riesgos que involucra su actuación; la definición de los procesos de integración vertical; los mecanismos de remisión de pacientes; las formulaciones médicas y la disponibilidad de los medicamentos. Todo ello a nivel de los procesos generales que acompañan estas relaciones, teniendo especial cuidado en no interferir de manera inadecuada en la competencia que se produce al interior de los subsistemas generados por la actuación de esas dos diversas clases de agentes de la manera como ha sido señalada atrás.

De igual manera, para maximizar la atención con los recursos disponibles y también para contener los costos, es preciso vigilar la adecuación de las estructuras administrativas y de gestión, velando porque esta no constituya una puerta de salida de los recursos. En el mismo orden de ideas se debe vigilar que los costos en la atención en salud no presente disparidades considerables cuando se refieran a tratamientos similares.

Para ello, es preciso disponer de instrumentos de monitoreo tales que, mediante la construcción de indicadores apropiados para cada caso, permitan conocer al ente supervisor las anomalías que se presentan con la oportunidad requerida y así plantear los correctivos que sean necesarios.

De igual manera es preciso contener los incentivos financieros inapropiados para los agentes del sector. No puede permitirse, por ejemplo, que el pago a los prestadores sea retrasado injustificadamente, mientras las terceras partes encargadas de realizar esos pagos obtienen rendimientos financieros sobre las cuentas no pagadas.

1.6 LOS MODELOS DE OPERACIÓN DEL SISTEMA

El propósito fundamental de este capítulo es presentar los tipos de sistema de salud según atributos relevantes. La organización del capítulo es como sigue: se presenta primeramente la propuesta conceptual de Modelos que adopta el sector de la salud; seguidamente se desarrollan en detalle algunos de los modelos que revisten interés para el caso particular que ocupa el presente documento, es decir, el sector de la salud colombiano; en tercer lugar se presentan los desarrollos conceptuales sobre el modelo adoptado en Colombia; finalmente se sugieren profundizaciones al modelo colombiano desde la óptica de la supervisión y de los elementos estructurales de los sistemas.

Los modelos de IVC vigentes en cada uno de los países, están necesariamente en concordancia con las características de sus respectivos Sistemas de salud (al menos en su diseño original). De tal suerte, para clasificar los modelos de IVC en torno a atributos relevantes, es necesario distinguir previamente tipologías de Sistemas de salud.

1.6.1 ENFOQUE PARA LA COMPRESIÓN DE LOS MODELOS

A través de la literatura sobre el tema se han desarrollado diferentes enfoques para caracterizar los modelos que adoptan los sistemas de salud en los diferentes países. En 1981 Evans¹² partiendo de las interacciones entre los diferentes grupos de agentes y de las combinaciones de las diferentes fuentes de financiación y de métodos de pago a los proveedores.

12 Evan R. G. “Incomplete Vertical Integration: The Distinctive Structures of the Health Care Industry” en J. van der Gaag y M. Perlman (editors), Health, Economics and Health Economics, Amsterdam

Evans plantea dos fuentes de financiación principales: voluntaria y obligatoria (o pública); así mismo identifica cuatro métodos de pago a los proveedores: pago directo de los pacientes sin seguro; desembolso de los consumidores a quienes el seguro les reembolsa el gasto; el pago realizado por terceras partes (aseguradores) en virtud de un contrato realizado con el consumidor; y, finalmente, el pago realizado por terceras partes mediante presupuestos y salarios dentro de una organización integrada. Las ocho posibles combinaciones entre fuentes de financiación y métodos de pago a los prestadores proporcionan ocho modelos distintos de estructuración del sistema de la salud, de la siguiente manera:

Modelo de desembolso obligatorio (inexistente)

Modelo de desembolso voluntario

Modelos de reembolso (a los pacientes) voluntario

Modelo de reembolso público

Modelo contractual voluntario

Modelo contractual público

Modelo integrado voluntario

Modelo integrado público¹³

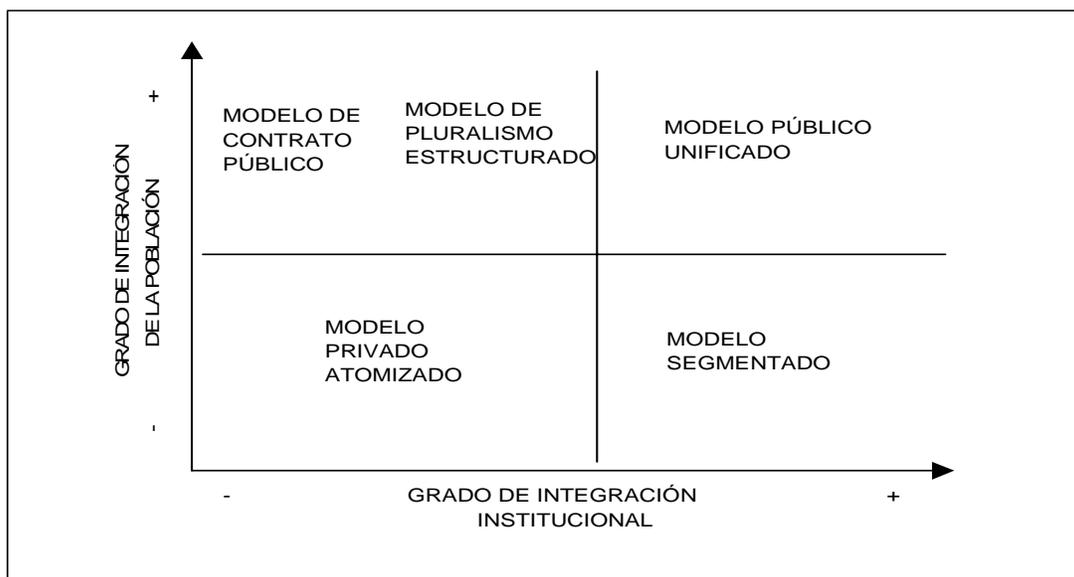
En el nivel colombiano el esfuerzo más importante es el realizado por Londoño y Frenk¹⁴. Para la identificación de los diferentes modelos del sistema de salud, los autores, calificando la concepción de los sistemas de salud como una “colección simple de organizaciones”, parten de la hipótesis según la cual los diferentes grados de integración de la dimensión población y de la dimensión institucional, en su combinación, caracterizan dichos modelos.

13 Un excelente resumen de los modelos planteados por Evans se encuentra en OCDE “La Reforma Al Sistema Sanitario” Estudios de Política Sanitaria No 2, Madrid 1998

14Londoño, Juan Luis y Frenk, “Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”, Salud y Gerencia No 15, Universidad Javeriana, Bogotá 1997.

De esta manera, el grado de integración de la dimensión población corresponde al grado en que los diferentes grupos tienen acceso a cada una de las instituciones de salud, considerando dos extremos, de una parte la segregación y, de la otra la integración, con las posibilidades intermedias. A su turno, el grado de integración de la dimensión institucional se refiere a los arreglos para llevar a cabo las funciones básicas. Aquí se presentan igualmente dos extremos, la integración (una misma institución desempeña diferentes funciones) y la separación (las funciones se encuentran separadas en diferentes instituciones) con sus posibilidades intermedias.

**ILUSTRACIÓN 1-2
MODELOS DE SISTEMA DE SALUD SEGÚN LONDOÑO - FRENK**



Sobre la base del grado de integración de la población y de las instituciones, se configuran cuatro modelos básicos de sistema de salud:

- Modelo público unificado (alta integración en ambas dimensiones)
- Modelo privado atomizado (baja integración en ambas dimensiones).
- Modelo segmentado (alta integración institucional, segmentación de la población)
- Modelo de Contrato Público (alta integración de la población e instituciones separadas).

Posteriormente Londoño - Frenk plantean el Modelo de Pluralismo Estructurado, bajo el cual caracterizan al implementado en Colombia a partir de la reforma de la ley 100 de 1993. En la gráfica siguiente se localizan estos sistemas de acuerdo al grado de integración de la población y las instituciones.

En realidad la presunción de Londoño Frenk, según la cual la caracterización frecuente de los modelos de salud es una colección simple de organizaciones no resulta del todo justa como queda

evidenciado con la propuesta realizada por Evans de realizar el análisis a partir de las fuentes de financiación y de las formas de pago.

Adicionalmente, partir de los grados de integración entre la población y las instituciones para abordar el tema en cuestión plantea algunas limitaciones que es necesario subrayar.

- En primer lugar en la sociedad moderna es en extremo difícil encontrar modelos de salud en los cuales, al menos en los objetivos fundamentales del sector, se encuentren casos en los cuales los desembolsos dependan exclusivamente de la capacidad económica (modelo de Desembolso Voluntario para Evans o Privado Atomizado para Londoño Frenk); como se mencionó este modelo constituye una base primaria de análisis para un mercado de salud no regulado y no asegura ni la equidad ni la igualdad, ni la protección adecuada a la renta. Por el contrario, produce importantes segmentaciones y limitaría la utilización de los servicios por grandes sectores de la población, de suerte que la eficacia microeconómica y macroeconómica son difícilmente alcanzables¹⁵. Aunque es indudable que la existencia de desembolsos voluntarios acompaña la casi totalidad de los modelos de salud, este sistema se presenta como complementario a los modelos de salud, siendo utilizado, esencialmente, por los sectores de la población con mayor renta. Por esta razón un modelo como éste (o su variante que incluye la contratación de seguros convencionales por parte de los agentes – modelo contractual voluntario en la definición de Evans-) no llamará más nuestra atención.
 - De igual manera un modelo de alta integración en las instituciones, acompañado de alta integración en la población (lo que Londoño Frenk llaman el modelo público unificado), es igualmente de rara ocurrencia, existente únicamente, en su concepción rigurosa en Cuba (anteriormente en los países de régimen comunista). Por esta razón tampoco llamará nuestra atención, aparte de mencionar que excluye las opciones de prestación bajo el control del consumidor y limita la representación efectiva de los usuarios en la organización de los servicios, al paso que los proveedores no pueden competir entre sí para suministrar un mejor servicio; por su parte la función de IVC con frecuencia se ve limitada por conflictos de interés o porque el monopolio público simplemente no ve la necesidad de esta función,

15Goindaraj, R., Murray, C.J.L. y Chellaraj, G. 1994. “Health Expenditures in Latin America”. Documento preparado para el Departamento Técnico para América Latina y el Caribe del Banco Mundial, Washington, D.C., Estados Unidos. Los autores plantean la existencia de este modelo en el Paraguay bajo la modalidad de mercado libre, en donde el 87.5% de los gastos en salud proviene de desembolsos directos de los pacientes en un entorno de bajo aseguramiento.

siendo ejercida a través de formas de operación autoritarias, sin incentivos para el buen desempeño de los proveedores¹⁶.

- En tercer lugar, en un nivel más conceptual, es preciso anotar que dentro de los sistemas modernos de salud, como ha sido mencionado, una de las preocupaciones más importantes de los gobiernos es la de prohiar una cobertura universal del sistema, por manera que todos los sectores de la población tengan acceso a los servicios de salud. En este sentido, la alta integración de la población es en sí misma un objetivo de los sistemas y difícilmente podría constituir un punto de partida para realizar su diferenciación. Cosa distinta es que en algunos modelos se planteen accesos diferentes al sistema de acuerdo con los niveles de ingreso (modelo segmentado), pero ello no conduce a concluir que la población no tiene acceso a los servicios de salud¹⁷.
- Finalmente, como es también propuesto por Londoño - Frenk, la definición de los modelos a partir del grado de integración institucional, entendida como la separación o unificación de funciones en una entidad, es una vía que abre grandes posibilidades al análisis de los sistemas de salud, entendiendo, por supuesto, que las funciones en este caso se refieren al aseguramiento y a la prestación de servicios.

¹⁶Una variante menos extrema de este modelo se da en Costa Rica, donde el sistema público es casi universal, aunque no existen limitaciones legales para elegir otras opciones de servicio. En este caso, el virtual monopolio público se debe, más que nada, a la capacidad del Estado para ofrecer servicios de calidad razonable, al tiempo que compite con el sector privado sobre la base de los precios. Musgrove, P. 1996. "Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns". World Bank Discussion Paper No. 339. Washington, D.C., Estados Unidos: The World Bank.

¹⁷ En sentido estricto para Londoño Frenk el grado de integración de la población está dado por la capacidad que tiene la población de tener acceso a cada una de las instituciones de salud y no a instituciones en general, concluyendo que, en el modelo segmentado, la población, dependiendo de su ingreso, tiene acceso a diferentes instituciones. No obstante, esta perspectiva plantea un problema adicional consistente en realizar una cualificación previa de las instituciones a las cuales se puede acceder o no para definir la segmentación en términos de la prestación del servicio y no de las instituciones prestadoras; en gran cantidad de sistemas en el mundo la población accede a distintas instituciones de salud, sin que ello conduzca forzosamente a concluir acerca de un modelo segmentado. Podría incluso afirmarse que en esta perspectiva la definición del modelo se produce a partir de la calificación de las instituciones y no de la recepción o prestación de servicios, con lo cual se caería en la deficiencia analítica que se quiere corregir, esto es, definir el modelo de salud a partir de sus organizaciones.

Por las razones anteriores, el análisis de los modelos de salud que se propone en el presente documento se aparte de la propuesta de Londoño - Frenk en el sentido de no acoger el criterio de integración de la población como un criterio definitorio para la calificación de los modelos. En cambio, se adopta la vía de la definición de esos modelos a partir de las funciones que se realizan al interior del sistema y del grado de integración o separación que ellas presenten. Así mismo, se apropia de la idea de Evans de considerar los métodos de pago como una forma de aprehender los sistemas, pero haciendo énfasis en las relaciones que se construyen entre las diferentes funciones a partir de esos métodos de pago.

Nótese que el énfasis bajo este enfoque está puesto en las relaciones estructuradas entre las funciones que se desarrollan al interior del sector y no entre las poblaciones e instituciones como en el caso de Londoño – Frenk¹⁸.

La óptica planteada, es decir, partir de la identificación de las funciones al interior del sistema y de las relaciones estructuradas que se construyen a su interior plantea, por supuesto, una gran multiplicidad de modelos de salud, de los cuales sólo nos detendremos en aquellos que se consideran de interés particular para el objetivo analítico que nos ocupa, es decir, para ilustrar de la mejor manera el caso del sistema de salud colombiano. Al respecto vale aclarar, como será evidenciado más adelante, que el modelo colombiano constituye una combinación sui generis de diferentes modelos, por lo cual, quizás, se le ha dado en llamar de pluralismo estructurado.

1.6.2 LAS FUNCIONES DENTRO DE UN SISTEMA DE SALUD

En un sistema de salud moderno es posible distinguir, en principio, tres funciones esenciales de la siguiente manera¹⁹:

18 De todas maneras es preciso reconocer que Londoño – Frenk plantean (op. cit. p.16) plantean la visión del estudio por funciones, desarrollándolo para el caso colombiano del modelo de pluralismo estructurado. Al respecto ver Frenk, J., Lozano, R. y González-Block, M.A., et al. 1994. Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.

19 Esta definición de las funciones no soslaya la existencia de actores de importancia crucial como las instituciones de desarrollo de los recursos humanos o los centros de investigación y producción de tecnologías o los proveedores de medicamentos y de equipos médicos. Ellos no son incluidos en el diagrama porque son articulados en el análisis a partir de alguna de las funciones definidas, sin que sea necesario plantear un amplio espectro de funciones y de actores que, en sentido contrario, podría conducir a crear complejidades innecesarias en el análisis.

- Financiamiento
- Aseguramiento
- Prestación de Servicios

Dado que el sistema de salud resultante para cada país dependerá de las políticas de cada gobierno frente a su percepción de cómo deben estructurarse estas funciones, es decir, del diseño que se realice en términos de la determinación de la manera como ellas se han de desarrollar, la condición de los agentes que las van a desplegar y las relaciones que han de construirse entre ellos, a las anteriores funciones es preciso adicionar dos más, relacionadas éstas con la actividad de las agencias estatales frente al sistema.

Ellas son, de una parte, siguiendo la terminología de Londoño – Frenk, la modulación del sistema (sea que ésta se haga explícita o permanezca implícita), la cual involucra tanto el diseño mismo como la disposición del marco normativo que plantea las reglas del juego que han de regir tal diseño (regulación); de otra parte se encuentra la supervisión o inspección, control y vigilancia del sector, la cual comprende el conjunto de acciones emprendidas para tutelar que los diferentes agentes desarrollan las funciones de acuerdo con el diseño y con el marco normativo regulatorio.

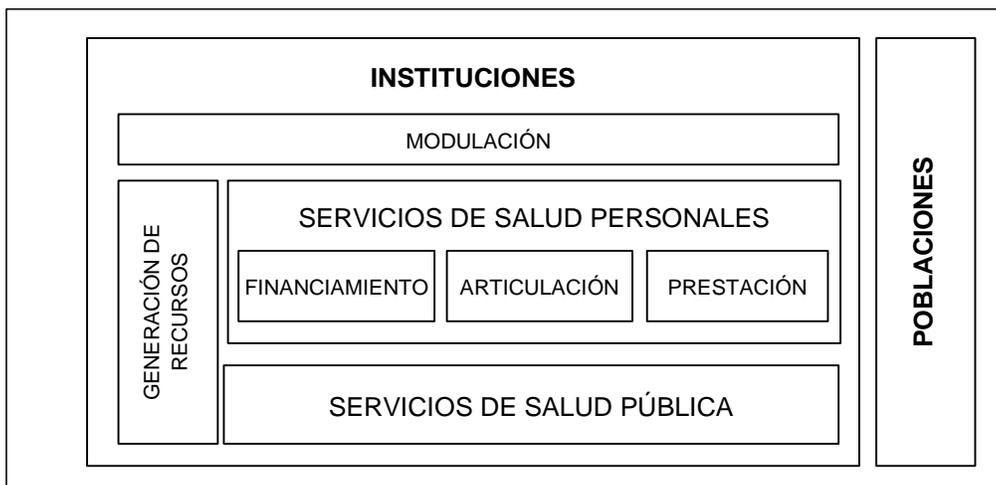
Vale anotar que la supervisión no ha sido considerada en el diseño del modelo de Londoño - Frenk como una función separada, constituyendo esto, a nuestro modo de ver, un vacío importante en la formulación de su modelo. Para los autores mencionados, la supervisión se encuentra subsumida de alguna manera no precisada en la modulación del sistema.

Nuestra percepción se aparta de este planteamiento y señala a la supervisión como una función autónoma, reconociendo, desde luego, que ella encuentra su fuente en la propia regulación. No obstante, una vez definido el marco normativo al cual deben ceñirse los agentes económicos en el cumplimiento de sus funciones al interior del sector, la supervisión adquiere dimensión propia, convirtiéndose incluso en un referente permanente para el mejoramiento de la regulación, a partir de la observación y monitoreo de los procesos al interior del sector y de la verificación de la frecuencia con que se producen separaciones de las conductas deseadas, la supervisión permite mejorar el diseño del sector, perfeccionar las reglas del juego mediante desarrollos regulatorios y, nuevamente, convertirse en el garante del cumplimiento de esos desarrollos.

Es decir que si bien la regulación y la supervisión se interrelacionan de manera permanente, ello no conduce a desconocer la existencia propia de la segunda, sino que, al contrario, una correcta percepción del sistema en su conjunto debe partir del reconocimiento de la supervisión como una función con características propias que es preciso aprehender.

Por supuesto, el fin último del modelo, cualquiera que sea su modulación, es la de prestar los servicios de salud a la población.

ILUSTRACIÓN 1.3
FUNCIONES AL INTERIOR DE UN SISTEMA DE SALUD



1.6.2.1 Financiamiento

La función de financiamiento puede ser dividida en dos momentos diferentes que pueden confundirse en algunos casos: la generación de recursos y el financiamiento propiamente dicho. La generación de recursos planteada de la manera más escueta, es la provisión de recursos para el funcionamiento del sistema de salud. Estos, a su turno, pueden provenir enteramente de origen público, íntegramente de origen privado o de una mezcla de las dos, teniendo en cuenta que en muchos sistemas de salud se cuenta con recursos adicionales, provenientes de donaciones de agencias internacionales o de impuestos con destinación particular hacia el sector de la salud..

La generación de recursos planteada desde la óptica de un fondeo exclusivo a partir de fuentes privadas corresponde al modelo de desembolso voluntario, el cual no reviste mayor interés para nuestro objeto de estudio, aparte de reiterar que, de todas maneras, cualquiera que sea el sistema resultante, siempre permanece la opción (excepto cuando el Estado se encarga de todos los procesos) de acceso a servicios de salud con pago privado por parte de los agentes, en especial los de mayores niveles de renta.

La generación de recursos a través de la opción pública es la forma existente en la mayoría de los países del mundo²⁰ e involucra el recaudo de contribuciones especiales en función del nivel de renta de los pobladores y de apropiaciones del presupuesto general del país provenientes de la recaudación tributaria en general.

A su turno, el financiamiento propiamente hablando se encuentra constituido por el traslado de los recursos generados hacia el interior del sistema con el fin último de propiciar la prestación de servicios de salud. En el sentido propuesto el financiamiento “se refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales), y a su acumulación de fondos reales o virtuales, que pueden entonces ser asignados a través de diversos arreglos institucionales para la producción de servicios”²¹.

En este orden de ideas la generación de recursos implica un proceso de gran importancia para el funcionamiento del sistema de salud que es el recaudo de los mismos, en la medida, por supuesto, que existan fuentes de generación distintas a las del presupuesto general de la nación. Cuando ocurre este último evento, la importancia de la función radica en la definición de los aportes gubernamentales y su distribución regional, atendiendo los criterios específicos que caracterizan una determinada región como son el número de pobladores, su comportamiento epidemiológico, los niveles de renta, etc..

Las contribuciones especiales, denominadas aportes parafiscales, son realizadas a partir de porcentajes que pagan los ciudadanos y los empleadores en función del sueldo de aquél²², siendo, por lo general, responsabilidad de éstos el oportuno traslado de los recursos al sistema. De esta manera el proceso de recaudo de estos recursos pasa por el monitoreo y control a los empleadores para que los recursos sean girados al sector de la salud en los montos correspondientes, dentro de la

20 Como se verá más adelante, en estricto sentido, para el caso colombiano, la generación de recursos responde a la concepción de lo público. Ello es así porque los pagos que se recaudan a través de los aseguradores corresponden al sistema y no a los aseguradores. Nótese que los ingresos de los aseguradores están dados por la UPC que se les reconoce por cada afiliado y no por sus recaudos.

21 Londoño – Frenk op. cit. p.10

22 En estas alturas del desarrollo no se planteará el pago de trabajadores independientes. Esta caso se dejará para la ilustración del modelo colombiano. No obstante es preciso anotar que su exclusión en este nivel de desarrollo no altera la argumentación.

oportunidad requerida y a través de los canales dispuestos para el efecto. Así mismo es necesario velar por el correcto recaudo de otros impuestos cuya destinación específica es el sector de la salud.

De igual manera constituye responsabilidad de los encargados del sector de la salud velar porque los aportes del presupuesto nacional tengan la suficiencia y oportunidad requeridos para el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud.

En cuanto al financiamiento en sí mismo, el proceso crítico lo constituye la forma en la cual los recursos generados se van a irrigar dentro del sector con la meta última de prohijar la prestación de servicios.

Este traslado de recursos hacia el interior del sistema puede adquirir diversas modalidades, dependiendo de las terceras partes que se seleccionen para hacerlo. En este orden de ideas se dispone de las siguientes alternativas:

- Se puede realizar a través de una agencia central de orden gubernamental, que sería la encargada de realizar los pagos directos a los prestadores de los servicios o los reembolsos a los consumidores cuando éstos han sufragado en primera instancia el costo del servicio.
- Se puede realizar a través de un conjunto de agencias de carácter público, encargadas de realizar los pagos o los reembolsos mencionados.
- Se puede realizar a través de un conjunto de agencias privadas, encargadas de realizar esos mismos pagos o reembolsos.
- Se puede realizar a través de un esquema mixto que incluye agencias públicas y privadas para la realización de los pagos y/o los reembolsos.

A su turno, los reconocimientos a las terceras partes, trátense de agencias públicas o privadas tienen distintas modalidades de la siguiente manera:

- Pueden producirse por presupuestos globales en función de la población sobre la cual es responsable del pago o reembolso de los servicios de salud.
- Pueden producirse por la asignación de presupuestos globales en función de la territorialidad.
- Pueden producirse por la asignación de sumas determinadas por cada poblador o afiliado que tenga a su cargo para el pago de los servicios o el reembolso de los pagos, sin distingo de su ubicación territorial. Este aspecto es lo que se denomina la capitación y alude simplemente al monto que el sistema reconoce a los aseguradores por cada individuo que se encuentre bajo su protección.

Así, el financiamiento, a nivel puramente conceptual, enfrenta dos retos esenciales de definición, siendo el primero la clase de terceras partes (aseguradores) que se quieren para la irrigación de los

recursos al interior del sistema y las modalidades a través de las cuales van a actuar esas terceras partes. Estas decisiones tienen repercusiones trascendentales en el diseño del modelo de la manera como se expone a continuación.

1.6.2.2 Aseguramiento²³

Las definiciones que se realicen en torno a la manera como se van a irrigar los recursos de financiamiento al interior del sistema conducen directamente al tema del aseguramiento.

La función de aseguramiento, de manera simple, se encuentra constituida por la toma de fondos de los individuos por parte de unos agentes aseguradores con el fin de garantizar unos servicios de salud presentes o futuros. Así, los aseguradores son esas agencias públicas o privadas que se encargan de asegurar a los aportantes²⁴ en función de distintos criterios como grupos de población (incluidos de trabajadores) y territorialidad. Adicionalmente existen dos distintas maneras de ligar a la población con los aseguradores: la voluntaria y la obligatoria, así como pueden definirse esquemas de monopolio de o de participación plural en el número de aseguradores.

Las políticas que se planteen frente a la ligazón de los individuos con los aseguradores constituyen el punto nodal de la elección del consumidor. En términos generales puede afirmarse que en los casos en que el individuo tiene la libertad de escogencia del asegurador, depende fundamentalmente de las políticas de éste en lo relacionado con la elección del prestador: si el asegurador ofrece redes de servicio definidas (integradas o no), la libertad de elección del consumidor se limita al asegurador, viéndose restringida en el caso de los prestadores a aquellos incluido dentro de la red de aquél. Si la política del asegurador es de permitir la elección del prestador del consumidor, definiendo el método de pago que le resulte apropiado, su libertad de elección incluirá tanto al asegurador como al prestador.

A su turno, la definición frente al número de aseguradores que van a desempeñar la función define la estructura del cuasi mercado de los aseguradores. Si se opta por un asegurador único, se tendrá una estructura monopólica (generalmente con alto grado de ineficiencia); si la decisión involucra un número plural de agencias de carácter estatal se tendrá una conformación de mercado particular en

23 La función de aseguramiento es definida por Londoño – Frenk como de articulación. En nuestra percepción el aseguramiento lleva implícito el cumplimiento de la articulación de la manera como fue referido antes.

24 Esta condición de aportantes es indiferente a si los aportes son realizados mediante contribuciones definidas por su nivel de renta o si provienen de los recursos generales aportados por el gobierno a partir de la tributación general.

donde la eficiencia del mismo dependerá de las reglas que se apliquen para la competencia entre estas agencias; si se define una vinculación obligatoria atendiendo criterios de territorialidad o de grupos de población, el resultado final, seguramente reflejará una alta ineficiencia ante la carencia de incentivos para operar en el mercado; si se define un esquema competitivo, es probable que se produzca un mercado más eficiente, estando provisto que se les otorgue el carácter jurídico apropiado para desarrollar esa competencia. Por otro lado, si se opta por un esquema de aseguradores privados con libre escogencia de los consumidores, se tendrá un cuasi mercado de competencia regulada, en donde los aseguradores competirán por atraer el mayor número de afiliados posible a través del ofrecimiento de redes de servicios y de calidad en la prestación de los mismos para así ganar el favorecimiento de los consumidores. Finalmente pueden existir esquemas mixtos con libre escogencia del consumidor, en donde operen tanto aseguradores privados como estatales en un régimen de competencia controlada.

En este sentido, cualquiera que sea la vinculación de los pobladores, definidos en su condición de aportantes, con los aseguradores, la relación directa que se establece entre los dos es la garantía del acceso a los servicios de salud, relación a través de la cual los aseguradores irrigan los recursos hacia la producción y el consumo de la atención en salud.

Ahora bien las funciones de los aseguradores al interior del sistema de la salud, dependiendo de su diseño, pueden adquirir desde las formas más simples hasta las más complejas, obedeciendo a los propósitos y fines que a ellos se les otorguen al interior del sector.

Así, en la visión más simple, los aseguradores pueden ser simplemente instrumentos pasivos de pago, esto es, limitarse a realizar los pagos a los prestadores o los reembolsos a los clientes, de acuerdo con los servicios de salud prestados y obtenidos. Asumir esta función elemental de los aseguradores conduce a enormes ineficiencias en el sistema dado que no se produce ningún control al riesgo moral ni a la inducción de la demanda, quedando sin garantizar (o en manos del Estado sin herramientas para hacerlo) la eficiencia micro y macroeconómica y poniendo en grave riesgo la cobertura del sistema. A favor se puede argumentar que este sistema propicia la libre elección del consumidor de sus prestadores de salud.

En una óptica diferente, los aseguradores tienen como función esencial la de convertirse en intermediarios activos entre los consumidores y los prestadores (función de articulación); en este escenario tienen la responsabilidad, frente a los consumidores, de aglutinar su demanda y por esta vía maximizar su capacidad de negociación frente a los prestadores, obteniendo que los servicios sean prestados con los niveles de calidad y oportunidad requeridos y logrando precios que respondan a su condición de demandante de servicios al por mayor.

Por otra parte, los aseguradores deben garantizar el acceso a los servicios de los consumidores bien sea por la libre elección de los mismo ya por la definición de una red de prestación a la cual aquellos deben acudir para la satisfacción de sus cuidados médicos. Esta obligación configura las relaciones con los prestadores de servicios.

Dado que los servicios de salud a garantizar deben adecuarse a las condiciones de calidad requerida, la demostración inicial de que se dispone de las condiciones mínimas requeridas para realizar la atención de servicios médicos de los prestadores de servicios es un primer paso fundamental para el buen cumplimiento de la función de aseguramiento. A esta comprobación de dichos requisitos se siguen procesos demostrativos de mejoramiento de la calidad que conducen a un segundo estadio, conocido como el de acreditación²⁵.

En este mismo orden de ideas deben asegurar que los servicios prestados responden cabalmente tanto a los requerimientos médicos como personales del consumidor. En cuanto a los médicos en el sentido de verificar, a través de auditorías médicas, que los tratamientos realizados y las prescripciones formuladas corresponden de manera cierta a las patologías del paciente y, en el sentido personal, mediante diferentes instrumentos de monitoreo, a asegurar tratos dentro de los niveles de atención y oportunidad requeridos.

En cuanto a la red para la prestación de los servicios, los aseguradores pueden acudir a diversos expedientes tales como las celebraciones de contratos con prestadores en sus diferentes modalidades (por paciente, por caso, por día de hospitalización, por grupos y periodo de tiempo) o a la estructuración de redes propias de prestadores, produciendo una integración vertical entre las funciones de aseguramiento y prestación. Las definiciones que tomen en este aspecto dependen de sus propias condiciones financieras, de la red de servicios médicos existente en el país y de los esquemas que se adopten para morigerar la existencia de elementos perversos de inducción de la demanda.

Cualquiera que sea la manera de proporcionar la red de prestadores, los aseguradores, en su función de intermediarios y de correa de transmisión de las políticas del gobierno, deben propiciar el debido

25 Dentro de la literatura internacional frente al tema de la salud, la acreditación es entendida como un proceso de mejoramiento continuo de la calidad en atención al cuidado que se le otorgue al seguimiento de la atención a los pacientes y al posteriormente seguimiento de sus condiciones; en este sentido constituye un estadio superior al de la declaratoria de requisitos esenciales. Existen otros acercamientos para la acreditación como son el de la definición de instalaciones que superan el nivel mínimo esencial. La idea esencial de todos estos elementos es la de conducir a los prestadores a la prestación de servicios de salud dentro de los estándares requeridos, fijando un mínimo para ellos. De allí en adelante, éstos deben convertirse en sujetos atractivos de los aseguradores, en la conformación de la red de prestadores, permitiendo así el juego del mercado en la competencia regulada. En la situación actual de Colombia existe el cumplimiento de requisitos esenciales y el de acreditación: Éste es entendido como un proceso posterior al cumplimiento de los requisitos esenciales, basado en el cumplimiento de planes de mejoramiento.

control de los costos (contención) y auspiciar la introducción de nuevos desarrollos tecnológicos en la prestación de los servicios. Es decir que los objetivos de eficiencia microeconómica y en gran medida también de la macroeconómica, son del resorte de los aseguradores. De igual manera, al constituirse en aglutinadores de riesgos son garantes de la protección de la renta de los consumidores, en la medida en que éstos no se verán impelidos a realizar gastos extraordinarios que afecten su consumo corriente.

Ahora bien, para que los aseguradores desarrollen su función de manera cabal, es menester que se produzcan ciertos elementos que garanticen su buen accionar. Así, cualquiera que sea la forma que se adopte para el desarrollo de esta función, es preciso delimitar las condiciones de entrada al sistema para poder fungir como asegurador. Ello incluye la definición inicial y, a partir de allí permanente, sobre las condiciones de solvencia que deben poseer los aseguradores, así como los niveles de liquidez que deben preservar para poder desarrollar sus tareas de la manera requerida. Desde luego, estos elementos adquieren mayor relevancia en los esquemas de competencia regulada, en donde los aseguradores se convierten, por así decirlo, en depositarios de la confianza de los usuarios quienes entienden que por los pagos que realizan, directamente o a través de aportes gubernamentales en su nombre, les aseguran los debidos niveles de protección de renta y de prestación de servicios.

Aparte de la solvencia y la liquidez existen otros elementos que es preciso definir. Dentro de ellos el más importante es que los recursos que reciban provenientes del financiamiento (es decir, el pago por los afiliados), sean compatibles con los niveles de riesgo que están asumiendo, es decir, que los planes de beneficios que aseguran guarden coherencia con los recursos financieros que reciben por parte de la función de financiamiento. Adicionalmente, una condición esencial es la oportuna recepción de los recursos, de manera que se encuentren, a su turno, en capacidad de realizar los pagos debidos a los prestadores. De igual manera, requieren de instrumentos que les permitan controlar de manera adecuada el riesgo moral a través de la imposición de pagos por parte de los consumidores, de suerte que éstos tiendan a ser más racionales en la utilización de los servicios de salud.

Un fallo en cualquiera de estas instancias puede conducir a enormes ineficiencias en el sistema, cuando no a una situación financiera insostenible tanto para los aseguradores como para los prestadores o, incluso, para el sistema en su concepción global.

1.6.2.3 Prestación de Servicios

La tercera función esencial en un sistema de salud es la prestación de servicios. Teniendo en cuenta que la salud es uno de esos servicios cuya producción coincide con el consumo, la función de prestación se refiere de manera simple a la producción de servicios de salud y al otorgamiento de los mismos a los consumidores – pacientes.

Es posible encontrar diversos esquemas de prestación de servicios de salud, desde el caso extremo en que ellos son responsabilidad exclusiva del Estado hasta aquél en donde es desempeñado

enteramente por el sector privado. El caso más frecuente es la existencia de esquemas mixtos en donde la prestación de los servicios se produce a través tanto de agentes públicos como privados.

Las responsabilidades de los prestadores frente al sistema en su conjunto se encuentra dada pues, por la prestación de servicios con los niveles de calidad requeridos y dentro de la oportunidad necesaria. Para ello, en todos los esquemas de aseguramiento, les cabe la responsabilidad de responder por los profesionales (cuerpo médico y paramédico) que vinculan a su servicio, velando por su idoneidad y compromiso con la atención de la salud de los pacientes. En este mismo orden de ideas, deben ser garantes de la calidad de los insumos utilizados en los diferentes procedimientos que realizan a su interior.

En este campo, las instituciones prestadoras deben contar con los comités médicos necesarios para verificar que las acciones emprendidas por su personal responde de manera fehaciente a las necesidades de tratamiento del paciente. De igual manera es preciso que desarrollen mecanismos sancionatorios autónomos, independientes de los propios de las agencias estatales, frente a las conductas que se separen de lo debido. Concomitantemente deben proveer los mecanismos necesarios para que los usuarios puedan expresar sus inconformidades por la atención recibida o por los medicamentos prescritos.

Aparte de los esquemas en donde los aseguradores y prestadores responden a configuraciones monopólicas de carácter estatal o en los que los prestadores son de carácter público sin incentivos para desarrollar niveles de eficacia y eficiencia, la conformación de redes por parte de los aseguradores provocará que exista igualmente un cuasi mercado en el nivel de los prestadores, en donde los elementos de competencia procederán, esencialmente, del interés por ser atractivos para los conformadores de redes de servicios y, secundariamente, para atraer a los compradores privados de los servicios.

Las modalidades a través de las cuales los prestadores se integran a la red conformada por los aseguradores son diversas, incluyendo, entre otros, los reconocimientos por atención prestada, los contratos globales por grupos de población o la integración vertical, es decir, cuando el prestador forma parte de la organización del asegurador. En este sentido es preciso velar porque los riesgos asumidos por los prestadores respondan a sus reales capacidades financieras, para evitar que políticas temerarias de asunción de riesgos puedan conducir a fracasos mercantiles.

Por ello es preciso que, también en el caso de las instituciones prestadoras de salud se definan condiciones de entrada y límites de solvencia y liquidez, de suerte que los riesgos a asumir sean correspondientes a su real capacidad financiera.

Ahora bien, en las relaciones que se producen entre prestadores y aseguradores se produce, en primer lugar, la acreditación de las calidades necesarias para pertenecer a la red; a ello se siguen los criterios de calidad y oportunidad del servicio, tarifas, participación ciudadana y régimen sancionatorio que deben caracterizar a los prestadores de servicios y por los cuales debe velar el asegurador.

En este ámbito de competencia entre los prestadores bajo el marco de la competencia regulada, es preciso que las condiciones de acreditación por parte de los aseguradores, definan de la manera más comprensiva posible los controles que deben regir a los prestadores, para de esta manera aligerar las cargas del Estado en su función de supervisión.

1.6.2.4 La Función de Modulación (Diseño y Regulación)

El diseño del sistema de salud de cada país responde a un conjunto de políticas que se enraízan en los anhelos sociales lo cuales se expresan en términos de objetivos de eficiencia y justicia social. Estos objetivos sociales se concretan en el diseño particular del sistema de salud de cada país, de manera que él no sea un fenómeno enteramente espontáneo, modulado libremente por las fuerzas de la oferta y la demanda.

Como se mencionó, la formulación del diseño del sistema de salud por parte del gobierno, como una función inicial se fundamenta en las fallas del mercado y en las desigualdades en la distribución de los recursos de las personas, teniendo como sustrato esencial los principios de eficiencia y de equidad.

El diseño de un sistema de salud consiste en la definición de los roles que deben desempeñar al interior del sistema los diferentes agentes que en él participan, estableciendo los objetivos que se buscan en el accionar de cada uno de ellos, de acuerdo con las funciones que se les quiere atribuir. Dicho en otras palabras, el diseño del sistema responde a la estructuración del mismo, definiendo los propósitos que debe desarrollar cada una de las funciones que existen al interior del mismo y las interrelaciones entre las mismas. Así, por ejemplo, corresponde al diseño la determinación de si la función de financiamiento incluye aportes privados, públicos o una mezcla de los dos; si la función de aseguramiento se desarrollará a partir de estructuras de monopolio o de competencia regulada, si los agentes tienen carácter público, privado o una mezcla de ambas; si la función de prestación se desarrollará a partir de monopolios o si se permite la existencia de un cuasi mercado también de competencia regulada; si los ciudadanos deben participar o no en el mejoramiento del sistema a través de sus actuaciones individuales y colectivas. La forma como se plantee el sistema en todos estos aspectos es lo que responde de manera estricta a la concepción de diseño del sistema.

La regulación, por su parte constituye la definición de las reglas del juego bajo las cuales los agentes van a operar de acuerdo con el diseño del sistema previamente definido. Esta función reguladora, de manera general, consiste en “el ordenamiento de los procesos económicos y sociales para que éstos lleven a equilibrios en la producción y distribución de bienes y servicios

que conduzcan a maximizar el bienestar.”²⁶; es decir que la regulación constituye el instrumento a través del cual el Estado fija los derroteros bajo los cuales se ha de desarrollar el sistema, imponiendo los marcos de acción para cada uno de los agentes, de las funciones y de la estructura general, mediante la enumeración explícita de sus respectivos derechos y responsabilidades.

La regulación se materializa en normas, siendo éstas la expresión básica de aquella. El conjunto de normas y disposiciones “no están simplemente unas al lado de otras, sino que están relacionadas entre sí de diferente modo y sólo en su recíproca limitación y en su armonía producen una regulación...el orden jurídico no consta de una suma de normas jurídicas, sino de regulaciones”²⁷.

La existencia de actores, desarrollando funciones, y de sus respectivos derechos y obligaciones genera un conjunto de complejos incentivos que, idealmente, propende por comportamientos que resultan en un desempeño ideal del sistema de salud, concordante con el diseño del mismo y los objetivos sobre los cuales fue construido.

La situación ideal es que quien se encargue de la formulación de la regulación sea un ente técnico, suficientemente independiente y autónomo, evitando duplicidades en la promulgación de normas y velando porque ellas se ajusten plenamente a lo que corresponde al diseño del sistema, en la medida en que éste se va desarrollando. Así, una regulación apropiada comporta distintos elementos dentro de los cuales conviene señalar los de su estabilidad, para permitir el afianzamiento y consolidación de las expectativas de los agentes que participan en el sistema de suerte que “los actores del sistema reciban señales inconfundibles de la voluntad del Estado de fijar marcos normativos estables, hecho que, a su turno, les permite consolidar sus expectativas del desarrollo futuro del mismo”²⁸.

Así mismo la regulación debe ser precisa y comprensiva de modo que los agentes no se introduzcan en un mar de normas que les impida identificar con claridad las reglas de juego de su comportamiento. Adicionalmente debe ser funcional, en el sentido de establecer normas uniformes

26 Tokman, M. 2000. “Elementos Teóricos para Perfeccionar la Implementación de la Regulación.” Proyecto de Apoyo a la Reforma. Ministerio de Salud de Colombia. Unión Temporal Bitrán y Asociados, Econometría y ESAP.

27 Lorenz Karl “Metodología de la Ciencia del Derecho” Editora Nacional 2ª edición, Madrid, p.378. Citado por Guerra Oscar E. “Los Procesos de Reforma: Aspectos Relevantes en su Regulación” Tesis de Doctorado en Salud, Mimeo.

28 Guerra, Oscar E. op. cit.

para los agentes que desarrollan funciones similares, evitando la captura del regulador²⁹. Finalmente, la regulación debe comportar elementos de prevención de la ocurrencia de situaciones indeseadas (regulación preventiva) a la vez que definiciones clara sobre las acciones a tomar en los casos en que ocurran esas situaciones.

Bajo el marco planteado es posible avanzar sobre la función de regulación³⁰. Para ello se ha considerado conveniente dividirla en dos grandes campos: de una parte, las reglas del juego de los aseguradores y de los prestadores, identificados como los participantes más claros y directos en el sector y, de la otra, las que buscan proteger los derechos de los usuarios, considerados el fin último del sector: “por supuesto estos dos aspectos constituyen, como en la mitología griega, las dos caras de Jano y deben ser vistas y comprendidas en un marco único y globalizante de optimización del funcionamiento del mercado. Se trata de la síntesis entre el derecho y la obligación recíproca entre quienes son parte de la relación jurídica”³¹

Regulación frente a Aseguradores y Prestadores

Para comprender a cabalidad la definición de las reglas del juego frente a aseguradores y prestadores, en un régimen de competencia regulada, se ha considerado conveniente adelantar su examen teniendo en cuenta los campos que se enumeran a continuación:

- Aspectos Estructurales
- Aspectos de seguridad y Estabilidad
- Aspectos de Asignación o de Cobertura de Mercado
- Aspectos de Infraestructura Legal

29 Se denomina captura del regulador a las circunstancias en las cuales el regulador termina estableciendo normas que favorecen a los regulados, en perjuicio de los objetivos generales del sistema.

30 El desarrollo de la función de regulación ha seguido los lineamientos planteados en Guerra Oscar E. Y Villegas Luis B. “Una Salida a las Necesidades de Supervisión” documento preparado para el Ministerio de Salud de República Dominicana, 1996.

31 Guerra – Villegas Op. Cit.

Aspectos Estructurales

Los aspectos estructurales hacen relación a las condiciones de ingreso al mercado, a las operaciones que son susceptibles de realizar y a la desregulación y a la autorregulación como elementos centrales de la función de modulación y de supervisión.

En cuanto a las condiciones de ingreso al mercado, la regulación debe establecer con la claridad requerida las condiciones que deben cumplir los aspirantes al mercado, de suerte que se minimicen las posibilidades de acciones fraudulentas o el accionar de personas no idóneas que puedan conducir a generar clima de desconfianza o de inestabilidad en el conjunto del sistema. Para ello un primer aspecto es la fijación de un capital mínimo que sirva de filtro de selección de los participantes sin prohiar la conformación monopolística del Estado, a menos que ésta haya sido la elección buscada en el diseño del sistema; el segundo aspecto, relacionado con la idoneidad debe definir a través de mecanismos objetivos que eliminen la discrecionalidad de los funcionarios, las formas como debe garantizarse que las personas que van a regentar a las instituciones posean las características éticas y técnicas requeridas para consolidar la estabilidad y confianza del sistema.

En lo que corresponde a las operaciones a realizar, nuevamente se ha realizado una diferenciación en dos conceptos: de una parte, las operaciones relativas a lo que finalmente es la prestación de servicios de salud y las operaciones en términos del manejo de recursos financieros. Frente a las primeras, dado que el espacio natural del sistema es la prestación de servicios de salud, es preciso que se defina con la claridad necesaria la diferencia entre los planes financiados con recursos voluntarios de aquellos cuya financiación corre por cuenta de la cotización obligatoria. Desde luego la diferenciación de los distintos planes de salud, en ambientes de competencia regulada, no debe conducir a la fijación de los precios por parte de la regulación, ya que éstos deben ser producto de la competencia.

En lo que respecta a las operaciones financieras, dado el enorme volumen de recursos que se manejan en el sistema, especialmente por su aglutinación inicial en los aseguradores, es preciso que la regulación defina de manera clara las inversiones permitidas, de suerte que ellas se realicen en instrumentos que brinden la seguridad requerida y que además tengan la liquidez necesaria para responder adecuadamente a los flujos de recursos que requiere el sistema, especialmente en el pago de la prestación de servicios. De igual manera es preciso definir los vínculos que pueden tener aseguradores con prestadores y las inversiones permitidas entre unos y otros, impidiendo que los recursos del sistema puedan invertirse en sectores distintos al de la salud.

Finalmente, es preciso que la regulación se apoye en la capacidad de los agentes intervinientes en el sector para vigilar autónomamente su acción. Esta autorregulación en el sector de la salud tiene una percepción dúplice: por un lado hace referencia a la capacidad de los agentes de establecer condiciones propicias para realizar su propio control; por otra parte, hace relación con los mecanismos de regulación que se establecen en las relaciones entre los agentes en escenarios de competencia regulada. Así, por ejemplo, los aseguradores, en la conformación de la red, pueden

regular de manera eficiente a los prestadores, al paso que éstos pueden establecer mecanismos autoreguladores de su prestación.

Por su parte la desregulación no alude a la idea peregrina del aligeramiento normativo, sino que se refiere a la concepción de mecanismos que confieran mayores responsabilidades a los agentes participantes en el mercado y, consecuentemente, una disminución de las cargas del Estado.

Aspectos de Seguridad y Estabilidad

Son todos aquellos elementos encaminados a garantizar la solvencia y viabilidad permanente del sistema. En este sentido abarca los requerimientos de capital, de liquidez, la exposición de riesgos y el tratamiento de los fracasos mercantiles en el sector.

En lo referente a los requerimientos de capital, ellos son indispensables en regímenes de competencia controlada y se refieren, ya no al capital mínimo de entrada, sino al patrimonio técnico que deben poseer de manera permanente los diferentes agentes del mercado, atendiendo su naturaleza y el alcance de las operaciones que realizan. Los requerimientos de liquidez, a su turno, establecen los niveles mínimos de recursos líquidos de los que se debe disponer para atender satisfactoriamente los pagos a realizar, en función de los compromisos asumidos y del comportamiento histórico de esta variable.

En cuanto a la exposición de riesgos el propósito es el esclarecimiento de los distintos riesgos a los cuales se encuentran sometidos los agentes del sistema y a la definición de los patrones financieros bajo los cuales les es permitido aceptarlos, teniendo siempre como objetivo final la estabilidad y confianza del sistema.

Por último, la regulación debe fijar con precisión las acciones a tomar en presencia de fracasos mercantiles en el sector, de manera que la salida de uno de los agentes no vaya a provocar fisuras dentro del conjunto del sistema y que los afiliados o pacientes no se vayan a encontrar desprotegidos ante esta eventualidad. Algunos países han considerado conveniente el establecimiento de un Fondo de Quiebras para atender tanto situaciones coyunturales (estrecheces de liquidez) como estructurales (fallos de solvencia). En este mismo tema, sectores como el financiero, aparte del fondo aludido han considerado figuras que se podrían extender al sector de la salud como las fusiones, cesiones de activos y pasivos y, absorciones, las cuales tiene como propósito permitir la eventual salida de un agente no apto para continuar, sin crear mayores traumatismos en el sector.

Aspectos de Cobertura de Mercado

Los aspectos de asignación o cobertura de mercado tienen por objeto impedir la producción de segmentaciones en el mercado o la renuencia de los aseguradores a actuar como intermediarios de algunas capas de la población. Aunque este problema subsiste en un importante número de modelos de salud, en los que han presentado desarrollos en este aspecto la segmentación ha sido

combatida eficazmente a través de la capitación y de la definición de planes específicos de salud, incluyendo los planes que tienen contribución voluntaria.

El punto central es la necesidad de que a partir de la regulación “se establezcan las seguridades pertinentes en torno al hecho de que todas las capas de la población sean cubiertas en condiciones de equidad por el mercado, definiendo, para el caso de los estratos más pobre, la forma como ha de ser realizado el pago a los agentes oferentes, bien sea través de subsidios cruzados ora a través de erogaciones del presupuesto nacional”³². De esta manera y mediante la definición de paquetes básicos de asistencia, se garantiza que toda la población sea cubierta en condiciones de equidad.

Aspectos de Infraestructura Legal

Los aspectos de infraestructura legal se refieren a todos aquellos elementos destinados a dotar de la fuerza legal necesaria a las acciones de regulación y de supervisión. En este sentido se incluyen el denominado “enforcement” y los conflictos de interés.

El enforcement hace relación de manera específica a la fuerza legal de la regulación y de la supervisión para hacer cumplir sus decisiones³³. Por su parte, los conflictos de interés se refieren a la necesidad de impedir que las actuaciones de los agentes puedan enfrentar posiciones alternativas de conducta con relación a intereses incompatibles en atención a sus obligaciones legales o contractuales.

Regulaciones de Protección a los Usuarios

Los campos relacionados con la protección a los usuarios están constituidas básicamente por los siguientes:

- Protección a la Escogencia y a la Movilidad
- Control de Calidad

Protección a la Escogencia y a la Movilidad

32 Guerra-Villegas Op. Cit.

33 En el Primer Informe Cuatrimestral se ha abordado el tema del interés de los agentes por cumplir una normatividad desde el punto de vista de los incentivos financieros de las mismas. Como allí se detalla, los agentes tenderán a pretermitir las normas si el costo de hacerlo es menor a los beneficios que se obtienen mediante la actuación por fuera de lo regular.

En condiciones de competencia regulada se plantea la necesidad de brindar a los usuarios la libre escogencia de aseguradores y prestadores, dado que ello constituye el sustrato mismo de la competencia como ha sido ampliamente explicado en secciones precedentes. En sentido estricto esta libre escogencia, en presencia de redes de servicios conformadas por los aseguradores se restringe a estos últimos, quedando la escogencia de los prestadores limitada a los participantes en la red. Teniendo esta claridad, es preciso reiterar la importancia de la libre escogencia para garantizar el buen funcionamiento de la competencia regulada.

En el mismo orden de ideas es preciso que se garantice la libre movilidad de los usuarios entre los aseguradores, pues de otra manera la competencia inicial produciría una especie de clientela cautiva que no proporcionaría la dinámica requerida para el desarrollo del mercado. “Para evitar que se presente una tal circunstancia es menester que a nivel regulatorio se establezcan, desde el inicio del sistema, las condiciones que posibilitan la libre movilidad de los agentes (afiliados) entre las empresas (aseguradores), de manera que no pierdan allí las prerrogativas adquiridas aquí y que se estimule la competencia al interior del sector”³⁴

Control de Calidad

A nivel regulatorio es preciso definir los niveles de calidad que se requieren en la prestación de los servicios y los agentes a través de los cuales se quiere que se desarrolle este aspecto. En regímenes de competencia regulada lo más conveniente parecería ser que el control de calidad sea una función a desempeñar de manera prioritaria por los aseguradores en su calidad de aglutinadores de demanda, ejerciendo su poder de negociación sobre los prestadores para velar porque la calidad se ajuste a lo requerido de manera permanente.

El control de calidad tiene como uno de sus baluartes fundamentales la información que proveen los mismos usuarios, por lo que debe plantearse los mecanismos de expresión de los mismos y la obligatoriedad de atención a sus quejas, reclamos y/o sugerencias.

1.6.2.5 La Función de Supervisión

En la práctica es difícil formular un cuerpo normativo que logre todos sus objetivos sin requerir de ninguna función fiscalizadora pública, hecho aún más notorio en un mercado tan complejo e imperfecto como el de los servicios de la salud. De ahí es que surge la necesidad de supervisar o de fiscalizar.

34 Guerra-Villegas Op. Cit.

Tokman define la fiscalización como “*la aplicación de un conjunto de herramientas, formales e informales, diseñadas para imponer sanciones que permitan asegurar que un conjunto definido de reglas sea cumplido*”³⁵. Aquí se adopta y expande esa definición de fiscalización, incluyendo en ella las funciones de monitoreo y evaluación del desempeño de los actores y del sistema en su conjunto, de las condiciones exigidas para desarrollar funciones al interior del sistema, la promoción de comportamientos deseados mediante educación de los agentes y, finalmente, la sanción de los mismos cuando promoción y educación no bastan para lograr el cumplimiento de los comportamientos establecidos en la norma.

La inspección, vigilancia y control son entonces, generalmente imprescindibles en el sector salud. Buscan monitorear y complementar los incentivos y las prescripciones contenidos en las normas, de modo que los agentes se comporten del modo previsto y el desempeño real del sistema se acerque en la medida de lo posible a lo deseado, cerrando así las brechas de desempeño.

Las funciones de IVC son responsabilidad pública prácticamente en todos los sistemas de salud. Esto no significa que el gobierno deba encargarse directamente de su operación. De hecho, los diferentes países varían en el grado en el que otros actores participan en la operación de algunas de esas funciones (como la certificación y la acreditación). Sin embargo, la responsabilidad última es pública, por lo que un agente políticamente legítimo debe ofrecer una respuesta sensible frente a los intereses de la colectividad y rendir cuenta clara sobre su actuación.

En casi todos los países la IVC abarca un núcleo muy definido de funciones públicas. En contraste, existe una amplia variación en el grado de intervención estatal concerniente a las otras funciones del sistema de salud, (*financiamiento, articulación y prestación*). En esta mezcla público - privada, la importancia de la modulación y de la supervisión como una responsabilidad pública esencial queda subrayada precisamente por el creciente pluralismo en las otras funciones.

De esta manera la supervisión, entendida como el conjunto de actividades de inspección, vigilancia y control, juega un papel fundamental dentro del comportamiento de un sistema de salud. En efecto no basta el diseño y la regulación del sistema, pues ellos constituyen, como ha sido, el contenido conceptual normativo de los objetivos que se pretenden del sector; pero es difícilmente concebible que ellas sean suficientes para garantizar que el comportamiento de los agentes se ajuste de manera permanente al desarrollo cabal de las funciones que se les han asignado, pues dado que ellos tienen intereses diversos, frecuentemente en pugna, buscarán que sus actuaciones converjan hacia la defensa de los intereses que les son propios.

35 Tokman op. cit.

Para impedir que los agentes asuman posturas únicamente concordantes con sus particulares intereses y que, por el contrario, ellos se comporten dentro de los designios que se les han formulado dentro del diseño y dentro del marco normativo regulatorio, es preciso realizar de manera permanente acciones de monitoreo y vigilancia que verifiquen de manera cierta que dicho comportamiento es el esperado.

Lo anterior no implica, sin embargo, que la supervisión deba abarcar la totalidad de las actuaciones de los agentes en desarrollo de sus funciones. Si bien es cierto su misión incluye todos los aspectos, debe apoyarse en los diferentes mecanismos que se encuentren a su alcance para poder cumplir su cometido de la manera más eficaz. En este sentido, por ejemplo, en escenarios de competencia regulada, su objetivo no debe ser el cubrimiento de todas las acciones de los agentes que se encuentran al interior de los cuasi mercados, sino favorecer que la competencia se desarrolle de manera adecuada y que, en esta dirección, el cuasi mercado opere produciendo los resultados esperados; en este orden de ideas debería centrarse, siguiendo el mismo ejemplo, en la vigilancia del cumplimiento permanente de los requisitos básicos para operar dentro del mercado (solvencia y liquidez) y permitir que éste actúe bajo ciertos presupuestos.

De igual manera, es preciso que la supervisión se apoye en los mismos agentes que operan dentro del sistema. Por ejemplo, en escenarios de competencia regulada tanto para aseguradores como de prestadores, los primeros pueden convertirse en un bastión esencial de la supervisión a partir de las exigencias que ellos mismos realizan a los prestadores de cara a obtener el favorecimiento en la escogencia de los afiliados.

De manera similar es preciso que los usuarios del sistema sean alimentados con información adecuada y comprensiva tanto acerca de los aseguradores como de los prestadores. En este sentido un objetivo esencial de la función de supervisión es velar porque los usuarios se encuentren debidamente facultados para tomar las decisiones que les corresponden frente a los aseguradores y prestadores y así garantizar el real funcionamiento de la competencia regulada. En este orden de ideas existen al menos los siguientes elementos sobre los cuales se debe garantizar la información a los usuarios: libre elección del asegurador, libre movilidad, red de prestadores disponible, listas de espera para atenciones o carencias, copagos y cuotas moderadoras; en regímenes de planes complementarios de salud, además, se debe informar acerca del tratamiento a las preexistencias, a la antigüedad y exclusiones.

De manera general, puede afirmarse que la supervisión debe prohiar y auspiciar todas aquellas acciones que se construyan al interior del sistema y que le permitan agilizar su gestión, sin detrimento de la obtención de resultados en la misma. El acicate a mecanismos como los cuasi mercados, la autorregulación, el apoyo en agencias externas (revisoría fiscal, agencias no públicas de auditoría) y otras públicas, constituyen baluartes que no pueden ser soslayados a la hora de construir un modelo de inspección vigilancia y control.

Para ejercer sus funciones de manera adecuada la o las agencias de supervisión deben tener algunas características que es necesario poner de presente. La primera de ellas es la especialización, es

decir, el acervo del conocimiento específico del sector sobre el cual ejerce la actividad de supervisión, para el caso, el de salud.

En segundo término debe mencionarse la independencia contando con plena autonomía jurídica, financiera y administrativa. En principio, lo ideal sería que no fuera una entidad sujeta al poder político y que su cabeza fuera por periodos fijos prorrogables. Este nivel de independencia aleja a la autoridad de supervisión de los peligros de captura política y, aunada a la especialización, otorga las garantías para el correcto desempeño de sus funciones.

De igual manera, la autoridad de supervisión debe contar con funcionarios cuya remuneración sea lo suficientemente ventajosa como para evitar la rotación del personal y permitir la especialización. Incluso, para impedir que los agentes supervisores sean atraídos por el mismo sector que vigilan, sus remuneraciones deben ser competitivas con el mismo.

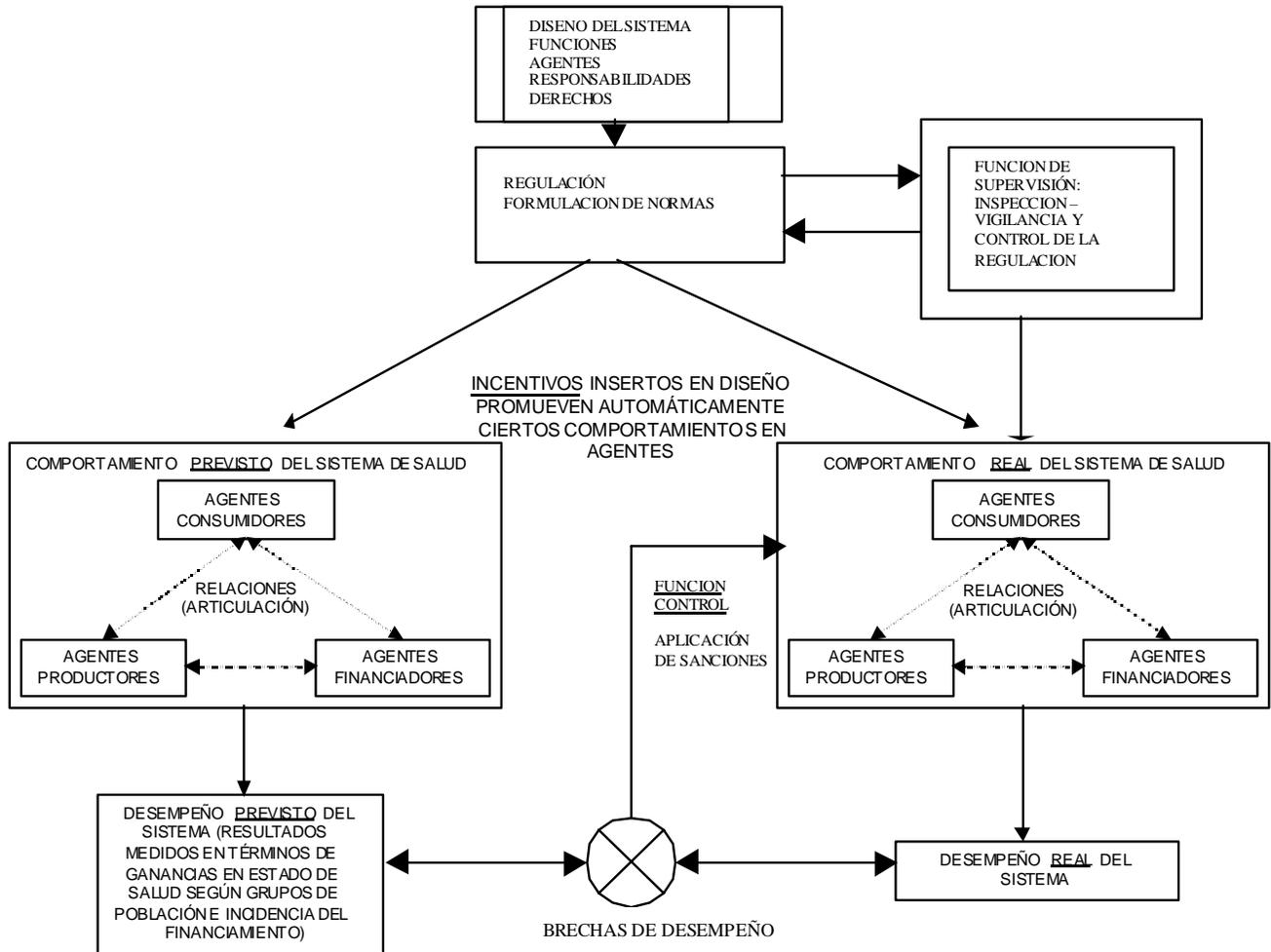
Aparte de una planta de personal especializada, bien remunerada y con alto grado de motivación, la entidad encargada de la labor de supervisión debe contar con un soporte técnico de las más altas calidades, incluyendo dentro de este concepto los subsistemas de información como un bastión de particular importancia.

Finalmente, debe establecerse la coordinación requerida entre las diferentes agencias de control que tienen injerencia sobre el sector de la salud, evitando duplicidades de funciones y, sobretodo, estableciendo con claridad los deberes específicos que corresponden a cada agencia en los niveles particulares sobre los cuales ejerce su acción.

ILUSTRACION 1.4

REGULACIÓN Y FISCALIZACIÓN: FUNCIONES DE INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

1.6.3 LOS MODELOS DE SISTEMAS DE SALUD



Dependiendo de las diferentes combinaciones que se produzcan entre las formas de financiamiento, aseguramiento y prestación de recursos se obtienen distintos modelos bajo los cuales se desarrollan los sistemas de salud.

Dado que nuestro interés estriba en el caso colombiano, los modelos existentes, reconocidos por la literatura especializada en el tema serán presentados de manera esquemática.

MODELO	FINANCIAMIENTO	ASEGURAMIENTO	PRESTACION	COMENTARIOS
Desembolso Voluntario o Privado Atomizado (Común para segmentos con alto nivel de rentas)	Privado	No Existe	Privada	- Inequidad - No Protección a la Renta - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica - No IVC
Público Unificado (Modelo en Cuba y Costa Rica)	Público	Estatal	Pública	- No elección de consumidores - No competencia - IVC autoritaria
Reembolso Voluntario (Común para segmentos con alto nivel de rentas)	Privado	Privado	Privada	- Inequidad - Riesgo Moral - Demanda Inducida - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica
Reembolso Público (Modelo Francés en los años 50.)	Público a partir de contribuciones según nivel de renta y subsidiadas para los más pobre	Público	Básicamente Pública	- Libre elección del consumidor - Mayor equidad - Riesgo Moral - Demanda Inducida - Baja eficiencia macroeconómica - Baja eficiencia microeconómica
Contractual Voluntario Predecesor de Mutuales Se convirtió en seguro corporativista.	Privado	Controlados por Consumidores, médicos u otros suministradores.	Privado	- Inequidad - Elección del consumidor sólo en la red contratada. - Competencia entre aseguradores - Mayor eficacia que reembolso voluntario.
Contrato Público (Canadá, Brasil, Europa en asistencia primaria)	Público	Público	Pública Privada	No elección del asegurador - Competencia entre prestadores según calidad -Aseguramiento sometido al financiamiento - Eficacia recae enteramente sobre el Estado
Integrado Voluntario	Privado	Privado	Privado	Inequidad

MODELO	FINANCIAMIENTO	ASEGURAMIENTO	PRESTACION	COMENTARIOS
(Originado en Europa, no sobrevivió los programas de aseguramiento obligatorio)				Elección del Asegurador No elección de prestadores Competencia Eficacia micro y macro
Integrado Público	Público a partir de contribuciones según nivel de renta y subsidiadas para los más pobre	Público	Básicamente Pública	Equidad No elección del asegurador No elección del prestador Mal servicio

Como se ve, los diferentes modelos planteados constituyen construcciones teóricas que son difíciles, cuando no imposibles, de encontrar en su expresión más pura. En realidad los sistemas de salud a través del mundo, con excepción del extremo cubano, constituyen una mezcla de dos o más de las variantes aquí señaladas.

La definición final que adopta el diseño de un sistema de salud particular no depende tanto de sus objetivos, dado que, por lo general, éstos son similares en los diferentes países en términos de equidad y de cobertura universal. El punto definitorio en este aspecto está realmente constituido por los mecanismos a través de los cuales el Estado entiende que esos objetivos van a alcanzarse de una manera más pronta y eficiente y de las políticas generales que se tenga frente a la participación del sector privado en la prestación de servicios o en actuar en sectores que de manera reciente eran considerados como restrictivos del Estado.

No es de extrañar por ello que a partir de la reciente internacionalización de la economía y la concepción del Estado que se le acompañó, se haya tomado la iniciativa en un número plural de países de permitir que sectores como el de la salud tengan participación de agentes privados en mayor o menor extensión. Tal es el caso, para sólo mencionar dos ejemplos, de Chile y Colombia, aunque con alcances distintos en cada uno de ellos.

Las ventajas o desventajas que tenga cada modelo van a depender de los recursos con que se disponga y de los mecanismos de control que se encuentren asociados al mismo. Así, una organización ejemplar no producirá los resultados esperados si no cuenta con los recursos financieros necesarios para cumplir con los propósitos que busca; en sentido análogo una abundancia de recursos en un marco administrativo poco apropiado va a producir ineficiencias y desperdicios de esos recursos.

Como se ve, los modelos constituyen en sí mismos paradigmas de funcionamiento del sistema. Algunos presentan ventajas relativas frente a otros en campos como el logro de la eficacia microeconómica en donde la acción de agentes con capacidad de velar por este fin ha demostrado ser un instrumento valioso, siempre que se acompañe de un régimen de competencia regulada que funciones adecuadamente y de mecanismos de inspección, vigilancia y control igualmente apropiados.

Las reflexiones que siguen se van a ocupar de manera específica del modelo del sistema de salud colombiano, para lo cual los elementos analíticos generales adelantados son de importancia particular, en la medida en que permiten comprender dentro de un marco comprensivo los objetivos, el diseño y los instrumentos que han sido implementados dentro del mismo en su corta existencia.

1.7 EL MODELO COLOMBIANO EN EL SECTOR DE LA SALUD

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia ha sido diseñado bajo un esquema básico al lado del cual coexisten al menos dos esquemas adicionales que no deben ser olvidados a la hora del análisis, teniendo todos como propósito común el cubrimiento de los servicios de salud para toda la población en condiciones de idoneidad, suficiencia y eficiencia.

El esquema básico es al cual se le ha denominado de pluralismo estructurado tiene como base la prestación a dos grandes grupos de la población. De una parte los trabajadores con un nivel de renta que se ha definido como suficiente para realizar contribuciones; en este grupo se incluyen tanto los trabajadores del sector formal como los trabajadores independientes y, en principio, las contribuciones a realizar dependen del nivel de renta de los cotizantes³⁶. Este grupo pertenece a lo que se denomina el Régimen Contributivo.

El segundo grupo de población básica es aquella definida como la más pobre y vulnerable, la cual no tiene capacidad económica de realizar contribuciones al sistema de la salud. Esta población recibe subsidios, esencialmente por parte del Estado, y en tal sentido el régimen al que pertenecen se ha denominado Subsidiado.

Al interior de los dos regímenes se suceden múltiples subsidios de unos grupos de la población a otros, aparte de la concepción de redistribución de renta que caracteriza el financiamiento del régimen subsidiado por parte del Estado. En efecto, en primer lugar, una porción de la contribución del primer grupo (un punto del 12% en que ha sido definido el aporte con relación al salario) tiene como destinación coadyuvar a la financiación del régimen subsidiado a través del manejo de la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que es un instrumento financiero creado para el mejor manejo del sistema en general. Adicionalmente, al interior del mismo régimen contributivo se producen subsidios desde aquellos trabajadores que tienen un mayor nivel salarial hacia los que lo tienen menor. Este subsidio es claramente perverso en algunos casos, en particular en el relacionado con aquel que beneficia a los trabajadores independientes que efectivamente tienen niveles de renta superiores (incluso asemejables a los de los asalariados de alto

36 La cotización en función del nivel de renta no funciona de la manera adecuada en el segmento de los trabajadores independientes pertenecientes a este régimen. En efecto, por vía general ocurre que estos trabajadores cotizan sobre la presunción según la cual su ingreso es de dos salarios mínimos legales vigentes, lo cual constituye una presunción ad hoc que frecuentemente riñe con la realidad.

nivel), pero que por ineficiencias del sistema solo cotizan sobre la presunción falsa de que su renta es de dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

El tercer grupo de población es también aquella definida como pobre y vulnerable, pero que por algún tipo de razón (básicamente por la insuficiencia de recursos) no ha logrado ser afiliada al régimen subsidiado; a este segmento de la población se le ha denominado vinculada y la atención de los servicios de salud que requieren se produce a través de la destinación de algunos recursos específicos al subsidio a la oferta, esto es, con destino a los prestadores de servicios, generalmente de carácter público, con el fin de que éstos atiendan de la manera requerida a esta población.

Finalmente, se encuentran los denominados regímenes excluidos. Como su nombre lo indica son segmentos que, de acuerdo con las propias definiciones legales (ley 100 de 1993) no pertenecen al SGSSS, sino que tienen sus propios mecanismos de prestación de servicios de salud, asemejándose altamente a los modelos de carácter corporativista que se han planteado en el capítulo anterior. Estos regímenes son los correspondientes a la policía nacional, las fuerzas armadas, la Empresa Colombiana de Petróleos y el Magisterio, vinculados, como se ve, a sectores particularmente sensibles en la operación de la sociedad (policía y FFMM) o a grupos de trabajadores con prebendas adquiridas a lo largo de la historia.

Hechas las precisiones anteriores y teniendo en cuenta que el grueso de la población se encuentra dentro de los regímenes contributivo o subsidiado, el presente documento va a centrar su atención en ellos.

Ahora bien, para abordar la conceptualización del sistema de salud colombiano, el cual ha sido caracterizado por Londoño Frenk, como un Modelo de Pluralismo Estructurado, se procederá a identificarlo en distintos niveles de pensamiento de la siguiente manera. En primer lugar, se definirá la forma como el sistema ha sido diseñado, a partir de las funciones que han sido enumeradas en el capítulo anterior, determinando los agentes existentes dentro del mismo en concordancia con dichas funciones. Paralelamente, en un grado de detalle más específico, se identificarán los grandes procesos que comporta el modelo en término de regulación, diseño y de la función de supervisión, entendida ésta como las actividades de inspección, vigilancias y control que se desarrollan frente al sistema, para obtener una información completa de la forma como debe desempeñarse el modelo, a partir de su definición conceptual normativa y el cotejo simultáneo con aquellos aspectos que no operan de la manera deseada.

Esta metodología ha sido seleccionada con el propósito de ilustrar de la manera debida los procesos de inspección, vigilancia y control (que es el objeto esencial del presente documento) concomitantemente con el desarrollo de las diferentes funciones, lo cual permite tener un marco conceptual claro y preciso. A la vez, este procedimiento sirve de base para el desarrollo de los capítulos posteriores, los cuales se consagran a realizar las profundizaciones debidas sobre el tema de la supervisión del sector de la salud en Colombia. Por ello se ha decidido emprender el análisis a través de las distintas funciones y de las relaciones estructurales que se originan entre los diferentes agentes encargados de desempeñar esas funciones, pero desarrollando el tema de manera paralela con los aspectos relacionado con la inspección, vigilancia y control

Para nuestros propósitos debe recordarse que el instrumento fundamental bajo el cual ha sido diseñado el sector de la salud colombiano es la Ley 100 de 1993.

1.7.1 LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO.

El financiamiento es la responsabilidad central de la Seguridad Social, y tiene como principio alcanzar una protección universal guiada por principios de finanzas públicas. Los subsidios están orientados a la demanda, más que a la oferta. En lugar de asignar un presupuesto histórico a cada unidad de servicios independientemente de su desempeño, cada persona asegurada representa un pago potencial dependiente de la elección del prestador por el consumidor.

El carácter público del financiamiento constituye un rasgo central del modelo del sector de la salud colombiano. Este financiamiento comporta, esencialmente, como se señaló, una conformación dúplice: por un lado, en los grupos de trabajadores, adopta la forma de contribuciones obligatorias que anticipan episodios de enfermedad. Estas contribuciones, de carácter parafiscal, son sufragadas, en el caso de los trabajadores dependientes, tanto por el empleador como por el propio trabajador, siendo aquél el responsable del traslado de los recursos a las entidades encargadas de su recaudos, esto es, las aseguradoras; para el caso de los trabajadores independientes, ellos deben realizar la totalidad del pago en las mismas aseguradoras.

En los dos casos, los aportes son realizados en función de los niveles de renta (salario)³⁷ del trabajador y cubren el grupo familiar del mismo. El régimen conformado por este grupo de pacientes consumidores ha sido rotulado con el nombre de “contributivo”, por estar basado en contribuciones obligatorias de los trabajadores.

En los grupos de menores ingresos la contribución se realiza por parte del gobierno a partir de subsidios. Estas contribuciones gubernamentales tienen como origen el presupuesto nacional, esto es, su proveniencia final se encuentra en los tributos generales que son recaudados por el Estado. El régimen conformado por los pobladores que no tienen recursos para sufragar el aseguramiento con sus propios niveles de renta, ha sido denominado “subsidiado”, haciendo referencia al origen de los recursos.

Existen otras fuentes de recursos dentro del sistema, destinadas en parte a la financiación del régimen subsidiado, como son las rentas cedidas. Mención especial merecen los recursos

37 De acuerdo con el marco legal colombiano del sector de la salud, pertenecen al régimen contributivo todos aquellos ciudadanos que devengan una renta igual o superior a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes. (ver nota anterior)

provenientes de los pagos de las cuotas moderadoras y los copagos, cuyo propósito es controlar el riesgo moral. Aunque el propósito de estos pagos no radica en constituir una fuente importante de recursos, sino a desincentivar la frecuencia de la solicitud de servicios por parte de los usuarios, de todas maneras constituyen un recurso financiero que no se debe soslayar.

1.7.1.1 Financiamiento Del Régimen Contributivo

El manejo de los recursos de uno y otro régimen se realizan por canales distintos y tienen un grado de complejidad igualmente diferente. En el caso del régimen subsidiado el manejo de los recursos generados, se realiza a través de un fondo especial (FOSYGA), el cual se encarga de recaudar la totalidad de los recursos destinados al sector, tanto los provenientes de las contribuciones parafiscales obligatorias. El mecanismo completo incluye el recaudo de las contribuciones por parte de las aseguradoras del régimen contributivo, es decir, la Empresas Promotoras de Salud (EPS) las cuales realizan una compensación con la subcuenta del mismo nombre del FOSYGA con base en su número de afiliados y la UPC definida.

En este punto es muy importante mencionar que el control sobre los recaudos que realizan las EPS y del mecanismo de compensación es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). De la misma manera corresponde a esta entidad la vigilancia y el control sobre comportamientos anómalos en cuanto al recaudo, más allá de la propia compensación, frente a la elusión y evasión de aportes. No obstante, según se pudo comprobar las posibilidades de realizar este control de manera eficaz son limitadas dado el gran universo que debe ser objeto del control y la precariedad de los instrumentos con que se cuenta para realizarlo. Quizás la herramienta que mejor funciona en este aspecto son las posibles quejas que los mismos trabajadores formulen ante la mora o el no pago de las contribuciones por parte de sus empleadores.

Ante estas circunstancias, el Proyecto No 3 del Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de la Salud (PARS), ha sugerido la posibilidad de utilizar mecanismos distintos para el recaudo y control de los aportes del régimen contributivo, siendo una de las alternativas contempladas la utilización de la DIAN, a través de un contrato de prestación de servicios, quien se encargue de la detección de la elusión y la evasión, manteniendo la SNS la capacidad de sanción sobre tales conductas.

1.7.1.2 Financiamiento Del Régimen Subsidiado

ILUSTRACIÓN 1-5 FINANCIAMIENTO REGIMEN CONTRIBUTIVO



Las fuentes de recursos para el régimen subsidiado, como se mencionó, son de origen diverso, incluyendo, fundamentalmente, el situado fiscal, la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la Nación (ICN)³⁸, la subcuenta de solidaridad del FOSYGA y las rentas cedidas que recaudan los departamentos.

La pluralidad de fuentes de recursos, así como la introducción de diversos mecanismos administrativos han dado origen a que los flujos de esos recursos se realice de manera extremadamente compleja, con sus consecuentes dificultades de supervisión. En efecto, mediante la ley 10 de 1990 y, posteriormente, la ley 60 de 1993, se estableció el mecanismo de certificación de departamentos, distritos y municipios, exigiendo este requisito como condición básica para el manejo autónomo de los recursos del situado fiscal; en caso contrario, es decir, en ausencia de la certificación, dichos recursos serán manejados por el departamento en donde se ubique el respectivo municipio.

De la manera planteada, los flujos de recursos del situado fiscal cambian en función de si el municipio se encuentra certificado o no. Para esta fuente específica, se tiene entonces que puede

38 El trámite y aprobación reciente del proyecto de Acto Legislativo No 012 de 2000 plantea, en la práctica, la eliminación del situado fiscal y del ICN, estableciendo ahora el nuevo concepto del Sistema General de Participaciones. Este hecho hace obligatoria la reforma de la ley 60 de 1993; no obstante no habiéndose producido el respectivo debate en el Congreso de la República, no es posible formular el marco analítico con la nueva situación. Debe anotarse que la Unión Temporal Bitrán Asociados, ESAP y Econometría ha presentado las sugerencias que estima convenientes deban ser tenidas en cuenta en el proyecto de ley, en cumplimiento de la Asistencia Técnica que le corresponde dentro del cumplimiento del contrato.

existir un giro directo a los departamentos y municipios certificados y un giro indirecto a través de los departamentos, para los municipios no certificados.

En cuanto a los recursos de ICN, ellos no tienen como requisito previo la certificación, con lo cual son girados directamente a los municipios, estableciéndose en la ley la proporción que debe asignarse al sector de la salud; no obstante, esta proporción cambia en función de la categoría del municipio, dado que aquellos que son de categoría 4ª, 5ª y 6ª tienen la facultad de dar libre destinación a una proporción de ICN, facultad que no les es permitida a los municipios de 1ª, 2ª y 3ª categoría³⁹. Debe anotarse que dentro de la proporción del ICN de los recursos asignados a salud, solo una parte corresponde al financiamiento del régimen subsidiado, existiendo partidas que deben orientarse forzosamente al Plan de Asistencia Básica (PAB) a la atención de los enajenados, a las contribuciones parafiscales del personal médico, paramédico y auxiliar de las instituciones de salud del municipio, al subsidio a la oferta y, finalmente, al régimen subsidiado.

Un mecanismo igualmente complejo rige para las rentas cedidas, esto es para las provenientes de los juegos de azar, loterías, impuesto a los licores importados⁴⁰, al monopolio de licores, etc. El marco normativo ha establecido que estos impuestos, de carácter nacional, sean recaudados por los departamentos y asignados mayoritariamente a salud. No quiere ello decir que los recursos se destinen en su totalidad al régimen subsidiado, sino que la atención de éste constituye una fracción de los mismos, una vez se atiendan otros aspectos como los subsidios a la oferta.

Finalmente la cuenta de solidaridad de FOSYGA no se encuentra exenta de la complejidad en los mecanismos para la asignación de recursos al régimen subsidiado, la cual se realiza atendiendo los criterios que define el CNSSS.

De manera general esos criterios se han orientado a que los recursos de la subcuenta de solidaridad de FOSYGA apunten, en primer lugar, a garantizar el número de afiliados al régimen subsidiado existentes en el municipio a la finalización de 1996; en segundo término, a garantizar los aumentos de cobertura, es decir, del número de afiliados, comprendidos entre el año de 1996 y el 31 de diciembre del año anterior; en tercer término y de acuerdo con el mecanismo de *pari passu* a cofinanciar con departamentos y municipios los programas de nuevas afiliaciones; para el efecto

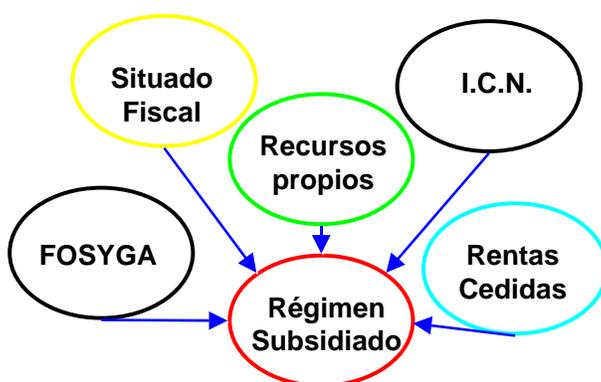
39 La categorización de los municipios, establecida por la ley 136 de 1994, se basa en distintos factores como población y del nivel de presupuesto.

40 En este caso el concepto de importación incluye a los licores provenientes de departamentos distintos a aquel en donde se distribuye.

estos últimos deben comprometer recursos por al menos tres años, para obtener que el FOSYGA aporte su parte correspondiente; en cuarto lugar a atender las afiliaciones al régimen subsidiado del personal de la Empresas Solidarias de Salud; finalmente a la afiliación de la población indígena.

Aparte de la multiplicidad de criterios para la asignación de los recursos de l subcuenta de solidaridad de l FOSYGA, la documentación que se exige a los municipios es excesiva, con lo cual se generan demoras innecesarias en el flujo de dichos recursos.

ILUSTRACIÓN 1-6 FINANCIAMIENTO REGIMEN CONTRIBUTIVO



El conjunto de recursos (existen algunas excepciones menores) del régimen subsidiado debe ser manejado a través de fondos especiales denominados Fondos Territoriales de Salud (departamentales, distritales o municipales), los cuales, finalmente son los encargados de girar los recursos a los aseguradores propios del régimen, esto es, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS).

El esquema de financiamiento del régimen subsidiado presenta indudables dificultades desde el punto de vista de su operación, manejo y, sobretodo, de control como lo demuestran los informes de la Contraloría General de La República al respecto.

En primer lugar, como es palpable con la mera enunciación de los procesos de giros de recursos, éstos son en extremo complejo y complicados, introduciendo criterios no siempre fáciles de manejar en la práctica e involucrando intermediarios que demoran innecesariamente el flujo de recursos. Adicionalmente existen problemas de dos tipos distintos: la demora en el traslado de los recursos a los Fondos Territoriales de Salud y las desviaciones de recursos de la salud hacia otros fines. Tanto en una como en otra circunstancia el resultado final es que los recursos no llegan a las ARS mediante el flujo requerido, provocando que éstas, a su turno, no cancelen en la oportunidad requerida a los prestadores de servicios, los cuales ven deteriorada su solidez financiera y mermada su capacidad real de prestar servicios dentro de los estándares requeridos a la población. En otras palabras la demora en los flujos a los Fondos Territoriales de Salud produce una serie de demoras en cadena que tienen como resultado final lesionar la calidad de los servicios de salud.

Las complicaciones acerca del situado fiscal y del ICN y las proporciones correspondientes al régimen subsidiado deben ser corregidas, al menos en buena parte, con el nuevo sistema general de participaciones y con la reforma a la ley 60 de 1993⁴¹. En este campo, adicionalmente, el proyecto del PARS adelantado por la Universidad Nacional, ha propuesto, entre otras cosas, que se elimine el criterio de certificación para el giro a los municipios, de manera que la totalidad de éstos se encuentre en capacidad de manejar autónomamente los recursos y se elimine el innecesario paso por los departamentos en el caso actual de los municipios no certificados; a su turno, se propone que los recursos de rentas cedidas se destinen a otras obligaciones en salud distintas al régimen subsidiado, esencialmente a los subsidios a la oferta; la idea consiste en que el financiamiento del régimen subsidiado se asemeje al del contributivo realizando los giros iniciales sin la exigencias de requisitos complejos.

Con estos elementos es previsible que el flujo de recursos se aligere en términos de su complejidad y de la real transmisión de los mismos a su destino final, o sea, a las ARS. No obstante para que estos aligeramientos en el flujo de recursos sean realmente eficaces es preciso corregir las falencias actuales en la inspección, vigilancia y control sobre el tema.

En efecto, en cuanto a la inspección, vigilancia y control del financiamiento del régimen subsidiado es necesario advertir que allí presenta quizás uno de los problemas más severos en el actual funcionamiento del SGSSS. Evidentemente en el sector central participan una serie de entidades que se relacionan con el tema, cada una de ellas cumpliendo con sus competencias como son el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud; el problema realmente grave estriba en el nivel territorial teniendo como premisa la necesidad de controlar el oportuno flujo de recursos.

Existen varias entidades que concurren en la vigilancia del flujo de recursos mencionados: la Superintendencia Nacional de Salud, las Contralorías Territoriales y la Contraloría General de la República. La acción de la Superintendencia se ve limitada tanto por las carencias de recursos con que cuenta como por el hecho de que su facultad sancionatoria recae sobre el ente territorial mismo y no sobre los responsables de las decisiones; esta sanción carece de efecto disuasivo y su recaudo, en caso de concretarse, es de difícil concepción; además, aunque los dineros de la sanción fuesen efectivamente pagados, la medida no induce los criterios correctivos que tiene, pues, para decirlo coloquialmente, no existe “doliente” directo de la sanción; el caso de las Contralorías Territoriales

41 Dentro de las sugerencias realizadas en la asistencia técnica, se ha propuesto como alternativa, para agilizar el traslado de recursos, que ellos sean girados directamente a las ARS o, en su defecto, directamente a los FTS, eliminando el paso por los departamentos y por las secretarías de hacienda territoriales.

es más complejo, pues aunque ellas tienen facultades mucho más claras sobre los responsables y podrían desempeñar la función con la oportunidad requerida, la evidencia empírica demuestra que el cumplimiento de estas funciones se encuentra muy por debajo de lo esperado, siendo más bien raro, que una contraloría territorial haya procedido en la dirección de establecer los correctivos apropiados para mejorar el flujo de los recursos del régimen subsidiado⁴². Finalmente, en el evento de la Contraloría General de la República, si bien los instrumentos son los apropiados y las acciones que ejerce producen los efectos correctivos necesarios, su acción es limitada, dado el enorme universo que se debe cubrir.

De acuerdo con lo anterior, la vigilancia del flujo del régimen subsidiado no se realiza de manera eficaz bien porque no se dispone de los elementos apropiados, ora porque no se cuenta con la capacidad de dar la cobertura requerida ya porque se observan ineficiencias en los entes que podrían realizarla de la manera requeridas. Todo estos elementos provocan que finalmente la demora en los traslados de recursos ocasionen graves perjuicios al sistema de la salud en general, en términos de la calidad de la prestación del servicio.

Esta constatación hace necesario revisar el esquema de inspección, vigilancia y control en el financiamiento del régimen subsidiado a fin de subsanar los problemas existentes en la actualidad⁴³

1.7.1.3 Subsidio a la Oferta (Población Vinculada)

En sentido riguroso la atención obligatoria de los servicios de salud requeridos por la población más pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado, constituye un componente de aseguramiento de la salud a través del financiamiento del Estado y por ello debe ser mencionado aparte. Esta atención a la denominada población vinculada parte del reconocimiento de que el régimen

42 Uno de los argumentos más recurrentes para explicar la ineficiencia de las contralorías territoriales es el de la captura política, es decir, los intereses políticos compartidos entre el supervisor y el vigilado. Este argumento es altamente plausible para el caso colombiano; no obstante su demostración es en extremo difícil.

43 Dentro de las propuestas contenidas en el documento de asistencia técnica para la reforma de la ley 60 de 1993 se ha propuesto que, con los mismos recursos del régimen, se contraten unas agencias de auditoría externa, cuya misión sea realizar el proceso de inspección y vigilancia, dando aviso oportuno a las autoridades correspondientes a fin de que éstas procedan a imponer los correctivos y sanciones pertinentes. Es claro que estos agentes externos no pueden depender de la entidad territorial, pues se produciría un conflicto de interés que las haría inoperantes, al mismo título que las actuales contralorías territoriales; por ello la propuesta se complementa con la idea de que sea la Superintendencia Nacional de Salud la encargada de coordinar y monitorear las acciones de dichas auditorías.

subsidiado no tiene la cobertura universal esperada sobre este segmento de la población. Consecuentemente, dentro del diseño del sistema se han planteado mecanismos para que de manera progresiva se fuera ampliando la cobertura del régimen subsidiado y disminuyendo la población vinculada, habiéndose impuesto el tope del año 2001 para que el proceso hubiese culminado.

No obstante estando ad portas de la fecha límite lo cierto es que el proceso no ha tenido la dinámica presupuestada y el objetivo será difícilmente cumplible⁴⁴. Ante tal circunstancia es preciso renovar los esfuerzos, utilizando la reforma de la ley 60 de 1993 como instrumento, para lograr que efectivamente se produzca el languidecimiento del subsidio a la oferta y la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado a toda la población considerada como sujeta de este beneficio.

Ahora bien, dado que los recursos del subsidio a la oferta tienen como origen el situado fiscal, el ICN y las Rentas Cedidas, los problemas de flujos de los mismos que aquí se suceden son similares a los comentados en el acápite anterior. En particular, aparte de los flujos mismos, se debe llamar la atención sobre el hecho de que los recursos de subsidio a la oferta tienen los mismos problemas de inspección, vigilancia y control que los encontrados para el régimen subsidiado

En este sentido es necesario que la solución que se plantee en cuanto a la inspección, vigilancia y control para los recursos del régimen subsidiado sea también aplicable para aquellos destinados a subsidiar la oferta.

1.7.1.4 Regímenes Excluidos

Como quedó señalado, la ley 100 de 1993 estableció la excepción de algunos regímenes de la salud al SGSSS establecido por dicha ley; ellos son los de la Policía Nacional, de las Fuerzas Armadas, el Magisterio y de la Empresa Colombiana de Petróleos. En este sentido, estos regímenes son de carácter puramente corporatista con una clientela cautiva y con los recursos que se destinan para la salud.

El elemento central de conexión con el resto del sistema es la obligación que se le ha impuesto a los regímenes excluidos de participar en la subcuenta de solidaridad de FOSYGA con 1 punto porcentual de las cotizaciones que realizan.

44 Diferentes documentos CONPES testimonian la lentitud del proceso de marchitamiento del subsidio a la oferta y de la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado. Las razones que se aducen para tal efecto comprenden el poco interés territorial en adelantar el proceso y la carencia de recursos coyuntural.

1.7.1.5 Planes Complementarios

A las Aseguradoras del Régimen Contributivo se les ha otorgado la facultad legal de ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud que deben brindar a sus afiliados. En tal sentido la financiación de estos planes corresponde a los aportes voluntarios que realizan aquellos afiliados que quieren acogerse a estos planes. El control de los mismos corre a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud.

1.7.1.6 Medicina Prepagada

Adicionalmente a los planes de salud antes citados, las aseguradoras se encuentran en capacidad de ofrecer planes denominados de medicina prepagada que comparten la filosofía de ser prepagos para el cubrimiento de atenciones presentes o futuras en salud. Estos planes se dirigen a aquellos pobladores, generalmente ubicados en los grupos de población con mayores niveles de renta, que aún cuando se encuentran en el régimen contributivo, deciden optar por planes de salud más ambicioso realizando nuevos pagos para el efecto; en un sentido amplio, aparte de los planes ofrecidos por empresas vinculadas directamente al SGSSS, en esta categoría se las compañías de seguros tradicionales. Estos aportes ingresan al sistema de salud, pero de manera directa al asegurador (trátase de uno perteneciente al sector o de una compañía de seguros tradicional).

1.7.1.7 Pagos directos.

Finalmente, como en prácticamente todos los sistemas de salud, existe la posibilidad de abocar directamente, por los individuos, los pagos correspondientes a la atención que reciban en salud. Estos pago ingresan directamente a los prestadores de servicios y se ubican en la población de mayores niveles de renta.

1.7.2 LA FUNCIÓN DE ASEGURAMIENTO.

La función de aseguramiento en el sistema de salud colombiano es desarrollado también por dos clases de entidades, dependiendo de la clase de financiación existente. El régimen contributivo es desarrollado por las Entidades Promotoras de Salud y las denominadas entidades adaptadas, mientras que en el régimen subsidiado funcionan las Administradoras de dicho régimen, conocidas como ARS. Paralelamente a los regímenes contributivo y subsidiado es preciso reconocer la coexistencia de un sistema de aseguramiento y un sistema de reconocimiento de pagos. El primero es el existente en algunas clases de empresas o sectores (Empresa Colombiana de Petróleo, Magisterio y las Fuerzas Armadas) que son regímenes de carácter corporativista, esto es, delimitados a la población perteneciente a su empresa, denominado regímenes excluidos, haciendo alusión a que no se encuentran dentro de la formulación general del diseño del sistema. El segundo es lo que se denomina la población vinculada, circunstancia que se concibió como transitoria para dar protección a aquellos pobladores que no tienen capacidad económica para ser aportantes y que por diversas razones no lograron inscribirse en una ARS o, lo que es lo mismo, al régimen subsidiado; en sentido estricto, la labor que realiza el Estado, a través de los entes territoriales en la provisión de servicios de salud a la población pobre y vulnerable no afiliada al régimen subsidiado

constituye una especie de aseguramiento. Igualmente existen los planes complementarios de salud, los cuales son suscritos, generalmente, por la población de mayores niveles de renta y que significan la existencia de planes de beneficios adicionales a los que se garantizan en el régimen contributivo⁴⁵.

1.7.2.1 La Entrada al Aseguramiento en el SGSSS

En el diseño del sistema de salud colombiano el aseguramiento es la función articuladora por excelencia, puesto que son los encargados de garantizar el acceso de lo pobladores a los servicios de salud, por lo cual se constituyen en los intermediarios entre la demanda conformada por los pacientes consumidores y la oferta, compuesta por los prestadores de servicios de salud.

Para desarrollar las funciones de asegurador se ha previsto que la entrada esté definida por la acreditación de un capital mínimo y por las condiciones de idoneidad moral, ética y profesional de los administradores. Así mismo, se han definido unos requisitos que deben cumplir de manera permanente los aseguradores para otorgarle estabilidad al sistema, dentro de los cuales el más importante es el referente al margen de solvencia, establecido en función de los recursos líquidos de los cuales deben disponer estos agentes para el correcto funcionamiento del sistema, en particular para asegurar la realización de los pagos a los prestadores de servicios de salud y, en este sentido, asegurar el correcto flujo de los recursos.

Los anteriores aspectos que bien pueden ser definidos dentro del marco de la supervisión prudencial son complementados con el establecimiento y vigilancia de un régimen de inversiones que garantice que no se están asumiendo riesgos indebidos y que se están cumpliendo los parámetros establecidos en cuanto a la liquidez de los aseguradores. Así mismo se ha establecido un régimen de inhabilidades e incompatibilidades velando porque no se incurra en conductas indebidas provenientes de posibles conflictos de interés.

La supervisión prudencial es ejercida de manera íntegra por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual, por designación de la ley, se encuentra encargada de realizar la inspección, vigilancia y control de estos aspectos en el aseguramiento. No obstante, como se verá más adelante, por lo menos en lo que se refiere a las ARS, las actuaciones de este organismo no han resultado todo lo

45 Por razones que son obvias, no es posible concebir un beneficiario del régimen subsidiado en planes complementarios de salud, pues si no tiene recursos para pertenecer al régimen contributivo, con menor razón podrá pagar un plan complementario.

eficientes que se quisiera, con lo cual la supervisión del régimen subsidiado, en el aspecto del aseguramiento, presenta vacíos importantes que es necesario corregir⁴⁶.

1.7.2.2 La Libertad de Elección y la Afiliación

El elemento esencial dentro del diseño del sistema de salud colombiano con respecto al aseguramiento es la previsión de la existencia de un régimen de competencia regulada, en un escenario en el cual los aseguradores pueden ser de carácter privado o público. A su turno el bastión sobre el cual descansa, en principio, dicho régimen es el postulado de la libertad de elección de los consumidores de su asegurador, de manera tal que la competencia se produce sobre la base de atraer el mayor número posible de ellos, teniendo como argumentos la disposición de redes de servicio apropiadas y la atención y calidad de la prestación finalmente realizada.

La libertad de elección de los consumidores opera bajo ciertas limitaciones que, de alguna manera, configuran una segmentación del mercado, dado que, como se señaló, los aseguradores han sido divididos de acuerdo con los diferentes regímenes existentes al interior del sistema. De esta manera existen, en primer lugar, las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales reciben del FOSYGA una suma determinada por el Gobierno por cada uno de los afiliados que posea, suma que se denomina Unidad de Pago Capitado (UPC), a cambio de la cual le debe proveer a esos afiliados un plan de beneficios en la prestación de servicios de salud (Plan Obligatorio de Salud –POS–), igualmente predeterminado por el Estado.

Para el régimen subsidiado, se reitera, se concibieron las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS), encargadas del aseguramiento de la población no aportante de manera directa. En este caso también se plantea como elemento esencial la libertad de elección del asegurador por parte del afiliado con lo cual la ARS se compromete a otorgarle los beneficios de un nuevo plan de salud denominado el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), a cambio de recibir, por parte del Estado una UPC definidas igualmente de manera distinta.

El funcionamiento de la afiliación al régimen subsidiado comprende una serie de pasos que es importante precisar. En primer lugar a partir del Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) los entes territoriales proceden a elaborar las listas de los pobladores que son susceptibles de recibir los beneficios del subsidio, proceso que es monitoreado por distintas organizaciones de

46 La razón principal de la deficiencia mencionada en el texto es la limitación de recursos de la Superintendencia Nacional de Salud. En un contexto más amplio esta circunstancia se explica por la enorme cantidad de funciones que debe desarrollar el ente citado, sin contar con los recursos técnicos y financieros necesarios para hacerlo.

defensa de los intereses de la comunidad como las organizaciones ciudadanas, las personerías y la Defensoría del Pueblo; una vez surtido este proceso, los mismos entes territoriales se encargan de comunicarle a la población seleccionada la lista de ARS a las cuales pueden afiliarse. Este proceso se realiza teniendo como fundamento la libre elección de la población de los aseguradores a los cuales quieren vincularse, en función, al igual que en el régimen contributivo, de las redes de prestadores de que dispongan y de la calidad en la prestación de los servicios que finalmente van a recibir.

Una vez hecha la afiliación, las ARS comunican a los entes territoriales acerca de la población que finalmente han decidido vincularse con ellos, con lo cual se realizan los contratos respectivos entre uno y otro para la prestación de los servicios de salud a la población afiliada. Estos son enviados al Ministerio de Salud con el fin de que allí se consolide la información acerca de la población perteneciente al régimen subsidiado y se realice el seguimiento sobre el cumplimiento de los contratos y los flujos de recursos que han de financiarlos.

Las actividades de inspección, vigilancia y control frente al régimen subsidiado han sido descentralizadas, con lo cual tanto en el flujo de recursos, como se mencionó en el capítulo correspondiente al financiamiento, como en el proceso de afiliación y monitoreo de los contratos celebrados con las ARS, se involucra a los entes territoriales como nuevos agentes del sistema, desarrollando un papel de primer orden. En primer lugar, son los encargados de trasladar los dineros correspondientes a las ARS, en función de los contratos celebrados teniendo como base el número de pobladores que aquellas lograron afiliar; en segundo lugar, estas mismas entidades tienen a su cargo la inspección, vigilancia y control del desarrollo de los contratos que celebran con las ARS, para lo cual se valen de interventorías, contratadas por ellas mismas.

Los estudios de campo realizados en este aspecto mostraron resultados interesantes que es conveniente plantear. En primer lugar, una de las fallas más protuberantes en lo correspondiente al funcionamiento del régimen subsidiado es la relacionada con el flujo de recursos; no obstante, dado que los procesos de vigilancia sobre el conjunto del régimen recaen sobre los entes territoriales, siendo éstos, en buena parte, los responsables en las demoras de tales flujos, se produce un evidente conflicto de interés, en la medida en que ellos no tienen ningún incentivo en denunciar una falla de la cual son los responsables. Así mismo, en segunda instancia, las interventorías contratadas son poco eficaces, dado que siendo su contratante el mismo ente territorial la denuncia de las posibles irregularidades por parte de éste le son informadas a él mismo, con lo cual la denuncia resulta inocua, cuando no conduce a acciones retaliatorias por parte del contratante.

De esta manera, tanto el financiamiento como la propia función de aseguramiento en el régimen subsidiado plantean serias deficiencias en la inspección, vigilancia y control, atribuibles principalmente a los conflictos de interés que son propios de las actuaciones de los entes territoriales como juez y parte de un mismo proceso. Por otra parte vale recordar que en este aspecto las acciones de la Superintendencia Nacional de Salud y de la Contraloría General de la República son limitadas, dado el universo que se debe cubrir, al paso que las contralorías territoriales han demostrado una gran ineficacia en el desarrollo de su labor en relación con los aspectos que nos ocupan.

Esta deficiencia sugiere, nuevamente, la necesidad de implementar diseños correctivos de la situación actual, teniendo como fundamento la eliminación de los conflictos de interés y un flujo de información oportuno hacia las entidades de control coordinadoras del sistema, en particular la Superintendencia Nacional de Salud.

Finalmente dentro de este acápite es preciso mencionar la posibilidad consagrada a los afiliados para movilizarse libremente entre los aseguradores tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Este elemento constituye también un bastión del régimen de competencia regulada, puesto que obliga a los aseguradores a velar de manera permanente por la calidad de los servicios que finalmente se prestan a los consumidores con el fin de incentivarlos a permanecer dentro de su organización.

1.7.2.3 Los Vínculos de los Aseguradores con otros Agentes y Funciones

Ahora bien, dada su condición de articuladores o de intermediarios entre la oferta y la demanda, los aseguradores tienen vínculos con las diferentes funciones que se desarrollan al interior del sistema: en primer lugar, las EPS tienen relación directa con la generación de recursos, como se mencionó, porque son las encargadas de recaudar los recursos provenientes de las contribuciones parafiscales. Dentro de sus responsabilidades en esta materia, además del propio recaudo, deben llevar un control estricto sobre los pagadores, empleadores y trabajadores independientes, de manera que éstos realicen sus aportes dentro de los montos y oportunidad debidos. Así mismo, deben establecer mecanismos para que un mismo paciente no se encuentre en dos o más planes de aseguramiento al mismo tiempo, ocurrencia conocida como la doble o múltiple afiliación.

En lo que respecta de manera particular al régimen subsidiado, existe también la obligación de controlar las afiliaciones múltiples, para lo cual deben contar con la información consolidada que realiza el Ministerio de Salud al respecto, pues de otra manera no les es posible realizar la detección de la situación aludida, excepto cuando ella se produce al interior de un mismo asegurador.

También guardan las EPS vínculos estrechos con la función de financiamiento propiamente dicha, en la medida en que, a partir de un proceso conocido como la compensación, se realicen los cruces de cuenta entre las EPS y el FOSYGA, teniendo como premisas los aportes recaudados y los recursos que le corresponden por el número de afiliado y la UPC existente. En el caso de las ARS esta relación con el financiamiento se concreta en los pagos que deben recibir por parte de las entidades territoriales, de acuerdo con el número de pobladores que tengan registrados, siguiendo el mismo procedimiento de la UPC.

Aparte de las relaciones anteriores, los aseguradores, como intermediarios, construyen nuevas relaciones tanto frente a los usuarios (demanda) como a los prestadores de servicios (oferta). Frente a los primeros se constituyen en aglutinadores de demanda, de manera que mejoran la posición de los consumidores a partir del mayor poder de negociación de que disponen por ser compradores al por mayor, alivian parcialmente las asimetrías de información dado que disponen del conocimiento necesario para realizar juicios sobre los tratamientos formulados a los pacientes, garantizan la protección de las rentas por conformar seguros ante eventualidades de salud presentes o futuras,

evitan la discriminación en cualquiera de sus formas y, para sólo mencionar algunas de las más importantes, garantizan la atención de las quejas y reclamos formuladas por los usuarios, sin distingo de que ellas se realicen individual o colectivamente.

Evidentemente la relación más palpable de los aseguradores es con la función de prestación de servicios, en la medida en que deben conformar las redes de prestadores que les permitan satisfacer la demanda de sus afiliados. En esta relación su primera gran responsabilidad está dada por garantizar que las instituciones prestadoras de servicios de salud cuenten con las capacidades mínimas para que el servicio se realice dentro de las condiciones adecuadas de calidad y oportunidad.

En sentido estricto, la verificación del cumplimiento de los requisitos mínimos de los cuales se debe disponer para poder fungir como prestadores, es un procedimiento que se surte ante y se verifica por los entes territoriales a través de sus secretarías de salud. No obstante, como se verá más adelante, es necesario plantearse reformulaciones en relación con este procedimiento con el fin de que sean los propios aseguradores los que se encarguen de velar por la correcta adecuación de las instituciones pertenecientes a su red para prestar los servicios y, adicionalmente, velar porque esos requisitos iniciales sean mantenidos de manera permanente o, aún mejor, cualificados mediante procesos de mejoramiento continuo de la calidad.

Una segunda responsabilidad es la de velar porque sus afiliados reciban un servicio médico dentro de los parámetros de calidad y oportunidad requeridos. Estos conceptos incluyen los tiempos de espera para otorgamiento de citas y para ser atendidos, los niveles de atención recibidos, las prescripciones formuladas, los tratamientos ordenados, etc., apuntando todos ellos a que los consumidores encuentren plena satisfacción a las demandas de servicio que realizan.

Así la función de aseguramiento, en el modelo de competencia regulada que caracteriza al sector colombiano de la salud, constituye la articulación entre la demanda y la oferta, sin limitarse a la función pasiva de reembolsos o de pagos a los prestadores, sino convirtiéndose en una verdadera gestión de la organización de los servicios de salud para dar satisfacción a la demanda que ha sido aglutinada a partir de los aseguradores y que ellos tienen la misión de representar dando satisfacción a la confianza que les ha sido depositada.

El aseguramiento como una función intermediaria y de articulación permite que los recursos financieros fluyan a la producción y al consumo de la atención a la salud, para lo cual se sirve de la afiliación de grupos a planes de salud, la especificación de paquetes de beneficios, la organización de redes de proveedores, el diseño y la instrumentación de mecanismos de pago y la gestión de la calidad de la atención.

En este orden de ideas es preciso que el marco regulatorio y sobretodo, el de supervisión, sean diseñados de tal manera que permitan el funcionamiento cabal del régimen de competencia regulada, permitiendo que se desarrollen los mecanismos de autorregulación que le son propios, entendiendo como tal aquellos que se producen tanto al interior de una clase de agentes particulares como los que surgen de las relaciones que construyen dos o más de ellos. En el escenario planteado

es preciso dejar que los agentes asuman las funciones que les son propias dentro del diseño del sistema, de suerte que la supervisión se centre en el monitoreo al cumplimiento eficaz de la función en sí misma y no, como ocurre en la actualidad, se disperse en una enorme cantidad de actividades puntuales que le hacen perder de vista el horizonte real del sector.

1.7.2.4 La Transparencia

Uno de los elementos centrales en el funcionamiento de los aseguradores es el que se relaciona con la transparencia, el cual, a su turno, se basa en la información que proveen tanto a los agentes de control como a los afiliados. En este sentido se tiene previsto que los aseguradores informen acerca de su red de prestadores y las novedades frente a ella, su condición financiera a través de los Estados Financieros, la libertad de elección, la libertad de movilidad de los afiliados, los derechos y deberes que les corresponde a los afiliados, básicamente.

Evidentemente este mecanismo garantiza que los afiliados puedan tomar sus decisiones de aseguramiento bajo las condiciones requeridas de conocimiento y racionalidad. No obstante los buenos propósitos de este planteamiento, es un hecho notorio que la población desconoce lo fundamental acerca de sus derechos y deberes frente a los aseguradores, por lo cual es preciso reforzar este aspecto dentro de los lineamientos que deben conducir la inspección, vigilancia y control del sistema

1.7.2.5 La Participación Ciudadana

La participación ciudadana ha sido concebida en el SGSSS en Colombia como un baluarte de la función de control que se debe ejercer sobre el mismo. La idea esencial es que la formulación de quejas, reclamos y sugerencias, provenientes de la población afiliada y expresados de manera individual o colectiva sirvan de instrumento para implementar los correctivos necesarios que conduzcan al mejoramiento progresivo de la calidad en la atención de la salud.

No obstante, tanto el trabajo de campo realizado como la información secundaria consultada han permitido identificar que este mecanismo no funciona de la manera esperada. En primer lugar, porque no existe un control claro de la respuesta a las reclamaciones de los usuarios, ni mecanismos de retroalimentación con ellos; en segundo término porque no existe una definición precisa de los canales a través de los cuales deben ser atendidos los reclamos, quedando al libre albedrío de quien la recibe el tratamiento que se le va a otorgar; finalmente, porque las formas asociativas para la expresión de la ciudadanía han sido convertidas en instrumentos de grupo de presión, produciéndose lo que el Banco Mundial ha denominado la “oligarquización” de la participación ciudadana.

Teniendo en cuenta las anteriores circunstancias, es preciso retornar a la concepción original del sistema y otorgar a la participación ciudadana el lugar que le ha sido previsto dentro de las funciones de colaborador en la vigilancia del sistema. Para ello se deben corregir las falencias existentes en la actualidad y plantear un verdadero sistema de recepción de quejas de la ciudadanía, asegurándose que éstas reciben el tratamiento adecuado por parte del organismo que las recibe,

realizando procedimientos de inspección recurrentes sobre este aspecto por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, hasta consolidar la cultura de la participación ciudadana en el sistema.

1.7.3 LA FUNCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

De acuerdo con los decretos 2753 de 1997 y 204 de 1998 por los cuales se dictan las normas para el funcionamiento de los prestadores de los servicios de salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, ellos se diferencian en tres tipos, de la forma como se establece a continuación:

- Grupo de practica profesional es el grupo de profesionales del área de la salud que se puede constituir como persona jurídica independiente o conformarse mediante acuerdos contractuales, para prestar servicios de salud a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Profesional independiente es la persona natural con título de educación superior en el área de la salud, registrado, que presta los servicios en forma directa a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Institución Prestadora de Servicios es todo establecimiento organizado para la prestación de los servicios de salud.

En los sistemas de salud los prestadores de servicios de salud constituyen el pilar básico en la medida en que son ellos los encargados de proveer los servicios a los usuarios. Bajo el esquema de diseño del modelo colombiano, en el cual se incluyen unos agentes articuladores, esto es, intermediarios entre la oferta y la demanda, los prestadores adquieren, además, una serie de responsabilidades adicionales relacionadas con la prestación de los servicios: en primer lugar, se les hace responsables (como en la generalidad de sistemas) de la calidad de los servicios; en segundo término, se les involucra en un sistema de cuasimercado y de competencia regulada, en donde deben concurrir para convertirse en sujetos atractivos para la demanda proveniente tanto de los aseguradores como de los demandantes del sector privado.

De la manera reseñada, en un país donde históricamente el tema de la salud para la población sin capacidad de pago, estaba regido por un Estado protector, con un sistema de hospitales públicos orientado a la prestación de los servicios de salud en forma “obligatoria y social”, la introducción de la competencia y de la venta de servicios ha generado grandes cambios que, a su turno, han desembocado en interesantes desarrollos y cambios en la estructura hospitalaria.

Al respecto debe recordarse que con antelación a la reforma del sistema de salud en el país, contenida esencialmente en la ley 100 de 1993, el sistema hospitalario se encontraba dividido en tres grandes grupos. El primero de ellos los hospitales o clínicas privadas, los cuales únicamente vendían servicios de salud a clientes particulares, usuarios de medicinas prepagadas o seguros

igualmente particulares. El segundo grupo los hospitales y clínicas que pertenecían al Instituto de los Seguros Sociales o a la caja de prevención social en el sector público, los cuales garantizaban los servicios a los afiliados al seguro y recibían su presupuesto totalmente de las transferencias del mismo. Por último los hospitales del Sistema Nacional de Salud los cuales durante años recibieron recursos por el subsidio a la oferta y atendían una clientela de escasa capacidad de pago no afiliada a la seguridad social.

A pesar que algunas instituciones privadas vendían servicios al ISS, o estaban adscritas al Sistema Nacional de Salud, puede afirmarse que, en términos generales, las divisiones antes planteadas eran claras.

Con el nuevo modelo del sector de la salud en Colombia y la creación de la figura del aseguramiento, se verificó, igualmente un giro radical en la concepción del quehacer y de la forma cómo desempeñar sus funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Así, con respecto a las IPS públicas se determinó que ellas deben transformarse en Empresas Sociales del Estado, es decir adoptar estructuras y modelos de gestión empresariales en forma estratégica y gerencial, sin dejar de cumplir con su objetivo social y dependiendo del Estado; por esta vía los recursos destinados al subsidio a la oferta se redujeron y a estas estructuras empresariales se les obligó a entrar en un mercado de competencia y compraventa de servicios.

Por su parte las IPS privadas, inicialmente con el ISS, otras cajas de previsión y posteriormente con las otras EPS, iniciaron una transformación de mercado y a ofrecer sus servicios a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin dejar de vender los servicios a particulares y medicinas prepagadas o seguros particulares. Hasta el momento las únicas que no han cambiado en su financiación y orientación de mercado son las IPS del Seguro Social.

Así pues, las nuevas realidades del sistema de salud en Colombia le han impreso un viraje fundamental a la concepción del funcionamiento de las instituciones prestadoras de salud, cambio que es particularmente visible (y aún en desarrollo) en las IPS públicas, todo ello orientado a permitir la operación de la competencia regulada al interior de este segmento del mercado y con el fin teleológico de propender por el mejoramiento en la atención de las demandas de servicios de los usuarios.

De esta manera, la prestación de servicios se encuentra abierta a todo un esquema pluralista de instituciones, tanto públicas como privadas. En las áreas urbanas existiría competencia entre los proveedores, básicamente por el objetivo de ser atractivos para las redes que conforman los aseguradores. En las áreas rurales, en las que rara vez se reúnen las condiciones para tal competencia, existirían otras innovaciones para fomentar el pluralismo, tales como las cooperativas organizadas bajo la designación de “*Empresas Solidarias de Salud*”.

En este nuevo contexto del sistema de salud en Colombia, el tema fundamental con relación a las IPS se convierte en su verdadera capacidad de prestar los servicios en un marco de competencia

regulada, a sabiendas que en algunos territorios se producen monopolios naturales, en virtud de la cantidad de demandantes a atender. Este hecho impone los retos de introducirse en una nueva cultura en donde la calidad de la prestación, la gestión administrativa y la capacidad financieros son aspectos que deben estar permanentemente entrelazados a fin de cumplir el objetivo final que les corresponde en el sistema, cual es la provisión de los servicios de salud en condiciones de idoneidad y calidad.

Los temas fundamentales frente a los prestadores de salud se relacionan con la facturación y con la garantía de la calidad en la prestación de los servicios.

1.7.3.1 La Facturación

En relación con el primero, el elemento central es que los pagos por parte de los aseguradores, en función de los diferentes contratos que con ellos se realizan (por evento, por capitación o por población) sean recibidos con la debida oportunidad, con el fin de no conducir a los prestadores a situaciones financieras delicadas.

En este aspecto se debe reconocer, antes que todo, que la relación establecida entre prestadores y aseguradores es de tipo civil y, en tal sentido, se rige por las normas del derecho privado escapando, en principio, a la esfera de la inspección, vigilancia y control. No obstante lo anterior, dado que el tema es de particular importancia para la estabilidad del sistema en su conjunto, se han definido controles a partir de los tiempos de las cuentas por pagar de los aseguradores.

El trabajo de campo permitió conocer que las demoras en el pago de la facturación se producen con mayor frecuencia en el régimen subsidiado, pero al mismo tiempo, permitió constatar que en todos los casos los procesos de facturación son en exceso complejos en razón de las frecuentes glosas que realizan los prestadores. Con respecto a las demoras en el régimen subsidiado una de las razones que se identificó con mayor recurrencia es la demora en el recibo de los recursos por parte de las ARS provenientes de los Fondos Territoriales de Salud, aspecto que fue tratado en extensión en acápite anteriores. Con respecto a las glosas se detectó igualmente que, en opinión de los prestadores de salud, ellas se producen en muchos casos de manera injustificada con el propósito de poder disponer de los recursos un mayor tiempo y darles un anejo de tesorería que genera rendimientos a los aseguradores, en detrimento de la condición financiera de los prestadores.

Dadas las anteriores circunstancias es preciso imponer correctivos a las situaciones de demora injustificada en el pago de las facturas apelando a procedimientos sancionatorios cuando a partir de

cualquier expediente se demuestre que los aseguradores han obrado de manera injustificada en la retención de los pagos⁴⁷

1.7.3.2 Aseguramiento al Control de Calidad

La Concepción General del Aseguramiento del Control de la Calidad

Los criterios generales del aseguramiento a la calidad en el sistema de salud colombiano se encuentran definidos a nivel normativo (decreto 2174 de 1996), involucrando a todos los prestadores y aseguradores de servicios de salud, así como todas las actividades relacionadas con salud, promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Finalmente, involucra al individuo como usuario del servicio.

El decreto mencionado define como características de calidad de la atención en salud la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, y la racionalidad técnica. Otras características adicionales son la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, eficiencia, integralidad, continuidad, atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.

Como sistema el aseguramiento de la calidad es definido como el conjunto de instituciones, normas, requisitos y procedimientos indispensables que deben cumplir los integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar a los usuarios de los servicios el mayor beneficio, a un costo razonable y con el mínimo riesgo posible.

En este aspecto se involucra a diferentes agencias del Estado. Así al Ministerio de Salud se le asigna la responsabilidad en la definición de las normas y estándares de calidad, así como la asesoría técnica para el cumplimiento del mismo. A la Superintendencia Nacional de Salud le asigna las funciones de IVC del sistema de garantía de calidad. Por su parte, a los Entes Territoriales les

⁴⁷ Una propuesta preliminar consiste en considerar sanciones para aquellos aseguradores que resulten perdedores en un número por definir de casos ante la justicia civil ordinaria.

establece como obligación cumplir y hacer cumplir en su jurisdicción la normas relativas con el aseguramiento de la calidad, es decir, adaptar las políticas de calidad a la situación y necesidades particulares de sus regiones. Por último a los usuarios les impone el derecho y deber de procurar por el cuidado integral de su salud y de ejercer la función de veeduría sobre la conformación y desarrollo de los Sistemas de Garantía de Calidad.

En cuanto a las aseguradoras (EPS y ARS), se les ha asignado el seguimiento de los estándares de calidad de la red de prestadores con los cuales cuenta, la creación de indicadores de calidad, los estudios de satisfacción de los usuarios con los servicios y las acciones y seguimiento en los planes de mejoramiento de las IPS. Para garantizar el cumplimiento de esta función, estas entidades deben contar con un soporte documental básico de la calidad.

En lo que respecta a los prestadores de servicios de salud propiamente dichos, el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad les exige contar con los siguientes componentes:

-
- **Cumplimiento de los requisitos esenciales.**
- **Diseño y ejecución de un plan para el mejoramiento de la calidad.** Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud deben presentar un plan anual de mejoramiento, para definir sus respectivos ámbitos, programas y metas, que harán parte del plan de desarrollo institucional y deben ser presentados ante la entidad territorial. A su vez las Direcciones Territoriales de salud deben desarrollar un régimen de estímulos orientados al mejoramiento de la calidad.
- **Desarrollo de un sistema de información** con componentes de oferta de servicios, perfil de uso, perfil epidemiológico y situación de salud de los usuarios atendidos y costo de la atención.
- **Auditoría médica.** Definida como la evaluación sistemática de la atención en salud, con el objeto de mejorar la calidad de los servicios, es decir la comparación entre la calidad observada y la calidad deseada de acuerdo con normas técnico científicas y administrativas previamente estipuladas para la atención en salud.
- **Evaluación de tecnología biomédica.** Con base en las normas emanadas del Ministerio de Salud es necesario evaluar la tecnología biomédica con la cual se está prestando el servicio de salud.
- **Procesos que permitan conocer el nivel de satisfacción de los usuarios** y atender las reclamaciones y sugerencias que se presenten.

Como se observa se trata de un proceso que involucra a la buena parte de los agentes que participan dentro del sistema, cumpliendo diversas funciones, todas con el fin de propender por la calidad. A

nivel de los prestadores se consideran mecanismos de autoregulación otorgándoles la primera instancia de la procura de la calidad en la atención y en el establecimiento de procesos continuados; el sustrato de esta filosofía la constituye el régimen de competencia regulada que debe instar a los prestadores a realizar continuos mejoramientos en el tema para lograr ser sujetos atractivos para la conformación de las redes de prestadores por parte de los aseguradores. Igualmente se consideran los mecanismos de autoregulación, ya no al interior de una clase de agentes, sino en las relaciones que se desarrollan en la confluencia de las acciones de dos o más de ellos; así los aseguradores deben velar por la calidad de los servicios que prestan los integrantes de su red, estableciendo mecanismos propios de control. Es claro que en este mismo orden de ideas los aseguradores deben mostrar particular interés por los mecanismos propios que desarrollen los mismos prestadores en este aspecto.

En otro nivel de acción diferente al de la autoregulación se encuentran las agencias del Estado y la participación ciudadana. En cuanto a las primeras la responsabilidad inicial recae sobre el Ministerio de Salud en tanto en cuanto es quien debe ejercer la dirección del sistema para lo cual debe definir los estándares de calidad requeridos dentro del mismo. La Superintendencia Nacional de Salud, a su turno, como la entidad encargada de la supervisión del sector debe desarrollar los procesos de inspección, vigilancia y control de manera general; a nivel descentralizado son las entidades territoriales, a través de sus secretarías de salud, las que deben velar por el cumplimiento de las normas relativas a la calidad en su jurisdicción. Por supuesto este esquema demanda de una debida coordinación en las acciones entre los entes centrales y los territoriales, a fin de que impera la regulación funcional, esto es, la aplicación de las mismas normas a las mismas clases de acciones.

Finalmente, la participación ciudadana tiene como propósito coadyuvar a la vigilancia del cumplimiento de las normas de calidad, en primer instancia recurriendo a los mismos entes que debe dar respuesta en virtud de sus mecanismos de autoregulación y, en un segundo nivel, antes las autoridades, territoriales y nacionales, en su orden, si no logran satisfacer sus requerimientos en los agentes que desarrollan las funciones de prestación y de aseguramiento al interior del sistema de salud. Nuevamente, esta acción, para ser realmente eficiente, requiere de la existencia de mecanismos apropiados y expeditos que permitan la respuesta rápida y adecuada a los interrogantes, requerimientos, quejas, reclamos o sugerencias de los ciudadanos, sin importar, para el efecto, si ellas son formuladas de manera individual o a través de las organizaciones que los asocian.

La Declaratoria de Requisitos Esenciales y la Acreditación

En lo referente al aseguramiento de la calidad, según se mencionó, se ha determinado la existencia de una condición mínima que se debe cumplir por parte de las instituciones para poder prestar servicios de salud a la población, la cual ha sido denominada Declaratoria de Requisitos Esenciales. Los requisitos esenciales son definidos como las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico administrativos, sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios, con que debe contar un prestador para el ofrecimiento de sus servicios dentro de los parámetros de calidad requeridos por el sistema. Con esta declaración el prestador manifiesta ante las autoridades competentes que los servicios que ofrecen cumplen con las

disposiciones del Ministerio de Salud. La declaratoria de requisitos esencial es presentada ante las Direcciones Territoriales (Departamentales, Distritales y Municipales) de salud. Deben presentarse cada dos (2) años y se deben modificar cada vez que el prestador amplíe o realice un cambio en la prestación del servicio.

No obstante, este procedimiento no tiene la claridad requerida por varias razones. La primera de ellas es que, en un número importante de casos, las secretarías de salud territoriales no cuentan con la capacidad técnica o con los recursos físicos para adelantar la verificación correspondiente, con lo cual se corre el riesgo de que muchos prestadores no posean ni siquiera esas condiciones mínimas solicitadas. Así se demuestra con los resultados de la investigación de campo realizada en este aspecto, en el cual se verificó que solo el 51% de las IPS ha cumplido con este requisito a pesar de ser obligatorio para todas., presentándose la situación más aguda en las instituciones de primer nivel en donde sólo el 49% de las IPS públicas el 49% y el 64% de las privadas han presentado la declaratoria de requisitos esenciales (el cumplimiento de este requisito es mucho mayor –superior al 90%- en las instituciones de segundo y tercer nivel).

Resulta claro que si se producen falencias en la propia declaratoria de los requisitos, esta condición tiende a agravarse en los casos de la verificación. Así se colige de la percepción de los aseguradores, recogida en el trabajo de campo, según la cual las IPS públicas no responden a las necesidades de la prestación de servicios, aspecto especialmente válido en el primer nivel, dado que los centros de salud, aún estando clasificados en primer nivel no llenan todos los requisitos para cumplir con el primer nivel planteado en el POS- subsidiado. A este respecto es muy importante tener en cuenta que la atención básica de medicina y odontología son la clave para el control del costo médico y así poder garantizar un impacto en salud en los afiliados a un costo menor.

A pesar del no cumplimiento de esta norma no se definen sanciones ante el no cumplimiento de la misma. En caso de no cumplir con las condiciones sanitarias, se hará un plan de cumplimiento con un plazo máximo de 18 meses, sin embargo no se establece que sucede después de este tiempo.

Por otra parte, es preciso mencionar que una de las fallas del sistema consiste en que, la segunda es que siendo los propios entes territoriales los poseedores o responsables de las instituciones públicas, incurren en un claro conflicto de interés al realizar la verificación en este tipo de entidades perdiendo, al mismo tiempo, los niveles de autoridad moral requeridos para ejercerlo frente a las otras instituciones. Así, adicionalmente a su falta de recursos técnicos y de logística, se aúna un elemento esencial de conflicto de interés en el desarrollo de las actividades que se le han asignado a nivel descentralizado, con lo cual el aseguramiento de la calidad pierde gran parte de su fuerza y se diluye en los territorios.

Por las razones anteriores este aspecto ha sido objeto de particular preocupación por parte de las autoridades del sistema. Dentro del Proyecto del PARS adelantado por el Centro de Gestión Hospitalaria se ha propuesto una redefinición de los requisitos mínimos esenciales, atendiendo a que ellos sean efectivamente los mínimos permisibles para prestar servicios de salud sin que corra peligro la vida de la población; paralelamente se ha propuesto un esquema denominado de

acreditación, consistente en un proceso de certificación por parte de un agente especializado en la cual se de fe acerca de que la institución se ha adentrado en procesos de mejoramiento de la calidad, consistentes en el seguimiento de la condición sanitaria de los pacientes que atiende.

Aunque esta propuesta reviste gran interés, es preciso señalar que existe un gran abismo entre los dos procesos considerados, esto es, la declaratoria de los requisitos mínimos esenciales y la acreditación, pudiendo existir entre los dos extremos otros niveles de mejoramiento de la calidad que son soslayados en la propuesta.

Ante tal circunstancia es preciso que el aseguramiento del control de la calidad en los prestadores de servicios considere distintos elementos, retomando la filosofía del diseño inicial del sistema y realizando las correcciones que resulten pertinentes a nivel institucional y, sobretudo, de los mecanismos de inspección, vigilancia y control, de suerte que efectivamente se produzca una real dinámica de mejoramiento continuado en la calidad de la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Dentro de esta óptica es preciso apoyarse en algunos elementos de fundamental importancia, los cuales son reseñados a continuación:

- Se debe permitir que se conciban niveles intermedios de calidad en la prestación, como la especialización en determinada clase de servicios de salud, la idoneidad de los profesionales y de las instalaciones de que se dispone. En este aspecto es preciso señalar que esos niveles intermedios no hacen referencia, forzosamente, a la complejidad de las instalaciones y de los servicios, sino a las capacidades reales para atender cierta clase de ellos. Así, las instituciones pueden certificar condiciones superiores a las mínimas exigidas en diversos aspectos tal como se señaló. Esta posibilidad llena el vacío existente en la actualidad de realizar procesos de acreditación a partir de mejoramiento ya existentes sobre los requisitos mínimos esenciales y, al mismo tiempo, apoyando la propuesta del Centro de Gestión Hospitalaria, crea estadios intermedios dentro del esquema planteado que sólo considera dos niveles con grandes distancias entre uno y otro.
- Se debe permitir que opere el régimen de competencia regulada y los procesos de autorregulación dentro del mismo a partir de las funciones que construyen los agentes en sus relaciones. En este sentido debe garantizarse que los aseguradores en la conformación de sus redes de prestadores, cuenten, a partir de las propias acciones que tomen frente a los prestadores que contratan, con la información necesaria acerca de cuáles son las potencialidades de los prestadores en función de su especialidad, la atención que prestan y, adicionalmente, las instalaciones con que cuentan y los servicios que proveen. A su turno los prestadores pueden desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad para convertirse en sujetos atractivos para la conformación de las redes de prestadores antes mencionadas.
- Debe empoderarse a la ciudadanía para que pueda tener una participación efectiva en su función de coadyuvar a la vigilancia del sistema. Para ello es preciso que tengan conocimiento preciso acerca de los servicios y la atención que pueden esperar de un

prestador y cotejarlas con los que efectivamente recibieron y, por esta vía, poder formular sus valoraciones con elementos de juicio suficientes. Es claro que sin este conocimiento es inocuo pensar en una efectiva participación ciudadana.

- Finalmente, es preciso corregir las deficiencias que ocurren en la inspección, vigilancia y control de las instituciones prestadoras de salud, atendiendo los criterios de control a la calidad antes señalados y la resolución de los conflictos de interés de las secretarías de salud territoriales; de igual manera es de gran urgencia realizar un rediseño total sobre el monitoreo de la condición financiera de estos agentes, aspecto que sistemáticamente es soslayado en la discusión sobre el tema.

Dentro de las posibles alternativas que surgen en este campo, existe aquella relacionada con la creación de unos agentes especiales⁴⁸, autorizados y registrados en la Superintendencia Nacional de Salud, encargados de realizar procesos de acreditación intermedios, de acuerdo con los lineamientos que para el efecto establezca el Ministerio de Salud. Estos agentes se encargarían de realizar procesos de evaluación de las instituciones prestadoras de salud y de calificar sus capacidades de prestación de servicios, atendiendo las características logísticas, de personal, de cuidado al paciente, etc. y de las condiciones financieras existente. Esta evaluación se realizaría en un estadio inicial de manera exhaustiva y en años posteriores mediante la simple verificación del mantenimiento de las condiciones iniciales; en caso de presentarse novedades se certificaría igualmente esta condición, de cara a mantener una información permanentemente actualizada acerca de las capacidades reales de los prestadores en la atención a la salud.

Aunque estos procesos serían voluntarios para los prestadores, en un ámbito de competencia regulada es altamente probable que se generen estímulos para optar por esta validación de sus condiciones. Mediante este instrumento los aseguradores contarían con una herramienta eficaz y cierta para medir las efectivas potencialidades de los prestadores y, los pacientes, de la misma manera, contarían con una información clara y apropiada de lo que pueden esperar como servicio al ingresar a una institución como la que nos ocupa. A su turno, la Superintendencia Nacional de Salud podría contar con una herramienta igualmente eficaz para adelantar la inspección, vigilancia y control de los prestadores en torno a la calidad en la prestación de los servicios y a las condiciones financieras de las mismas.

48 Con el objeto de ganar en ilustración, estos agentes pueden asimilarse, en lo correspondiente, a las agencias calificadoras de riesgo que existen en el mercado de valores.

Como se ve, un mecanismo como el sugerido podría convertirse en el bastión de la actuación de los diferentes agentes, de acuerdo con la formulación inicial del diseño del sistema contenido en la ley 100 de 1993 y generar procesos alcanzables para la gran mayoría de prestadores en el país en torno al aseguramiento de la calidad y al establecimiento de programas de mejoramiento continuo de ella.

1.7.4 LA FUNCIÓN DE MODULACIÓN

Teniendo en cuenta que el diseño general del sistema está dado por la ley 100 de 1993, la función de modulación corresponde a la regulación propiamente dicha del sector y a los cambios de diseño que se realicen en la medida en que se produzca su desarrollo. La regulación, como se definió, es el planteamiento de las reglas del juego a los cuales deben ceñirse los agentes en cumplimiento de sus funciones, dentro del espíritu de competencia regulada que ha sido formulado para el sector.

En principio la regulación es la misión principal del Ministerio de Salud. En lugar de ser un proveedor más de servicios –por lo general el más débil–, el Ministerio de Salud asegura una interacción equilibrada, eficiente y equitativa entre todos los actores mediante la estructuración de reglas e incentivos adecuados. No obstante, el proceso de regulación en Colombia dista de ser unificado, pues aparte del Ministerio de Salud, ya mencionado, interactúan otras dependencias estatales como el Ministerio de Hacienda y el CNSSS, con poderes en algunos casos similares o superiores, tal como se ha desarrollado suficientemente en el Informe de Objetivo No 1.

Respecto de la regulación del sistema es preciso indagar acerca de las experiencias obtenidas mediante la existencia de comisiones especiales de regulación en algunos sectores, especialmente los relacionados con los servicios públicos.

1.7.5 LA FUNCIÓN DE SUPERVISIÓN

La función de supervisión, la cual ha sido desarrollada para cada una de las funciones descritas, hace relación a las actividades de inspección, vigilancia y control desplegada por distintas agencias, tendientes a verificar que los agentes se comportan dentro de los lineamientos definidos en el marco regulatorio y a emprender las acciones sancionatorias pertinentes cuando se verifique que se han apartado de los mismos.

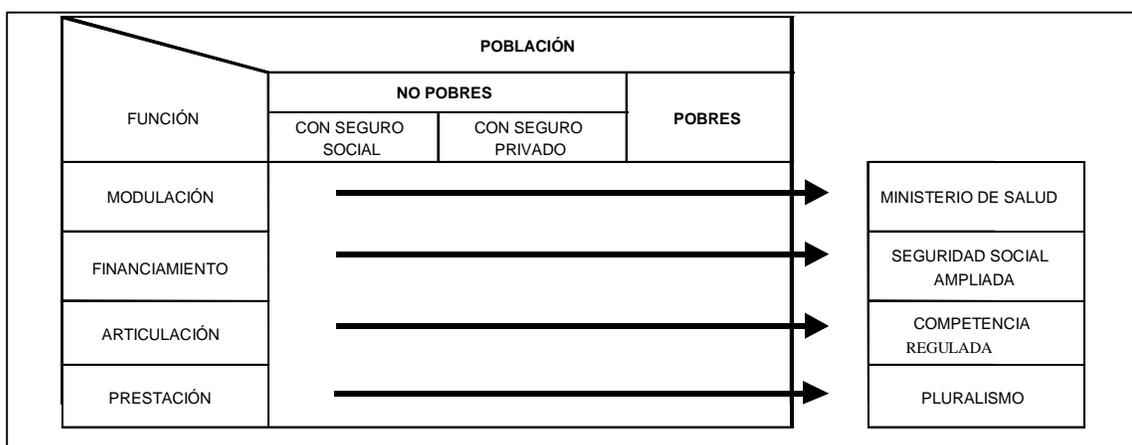
El ente central ejecutor de la función de supervisión en el modelo colombiano del sector de la salud es la Superintendencia Nacional de Salud. No obstante, se ha previsto una importante delegación de funciones en otros niveles, conformando lo que se ha denominado una “red de controladores” bajo la coordinación de la superintendencia. Esta red incluye, en primer lugar, las acciones que emprenden, a nivel descentralizado, las direcciones territoriales de salud; así mismo se involucran otras agencias estatales del orden nacional o territorial como la Contraloría General de la República, la Procuraduría general de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las contralorías departamentales y municipales y las personerías. Un factor importante sobre el cual se apoya la función de supervisión es la participación ciudadana a partir de formulación de quejas o reclamos y de su participación en la concepción de los planes regionales de salud.

Aunque la supervisión, en principio cubre las actividades de monitoreo y de sanción, el desarrollo de estas tareas puede y debe conducir a reformulaciones de la regulación, estableciendo una relación dinámica de mutua alimentación, adaptándose de manera permanente a los nuevos desarrollos del sector.

Al establecer reglas del juego transparentes y justas se podrá delegar cada vez más la operación real de muchas de las funciones de IVC a organizaciones participantes de la sociedad civil que no estén ligadas a intereses especiales.

Las secciones que siguen se ocuparán de profundizar los aspectos relacionados con la función de supervisión o de inspección, vigilancia y control.

**ILUSTRACIÓN 1-7
MODELO COLOMBIANO DEL SECTOR DE LA SALUD**



1.8 EL MODELO DE SUPERVISIÓN EN COLOMBIA: MODELO CONCEPTUAL NORMATIVO Y MODELO REAL

Para la cabal comprensión de la función de supervisión en el modelo colombiano para el sector de la salud, de la manera como se desarrolla y de las correcciones que se deben implementar, se ha decidido seguir una metodología consistente en una primera definición de los procesos críticos de supervisión en cada una de las funciones existentes al interior y de cada uno de los agentes; esta enumeración inicial parte de la filosofía del diseño del sistema y de la manera como éste ha sido concebido; en un segundo nivel de pensamiento se aborda la forma como cada uno de esos procesos ha sido estructurado normativamente en el interior del sector colombiano, lo cual define, por así decirlo, el marco normativo de las funciones de supervisión en el sistema.

Un nuevo nivel de pensamiento busca aprehender la forma como se desarrolla efectivamente la supervisión en el sector, teniendo como base, nuevamente, los procesos esenciales descritos, pero, esta vez, aunados al marco normativo establecido. Esta óptica permitirá, a la vez, identificar las causas que provocan la separación de las actividades reales de las concebidas normativamente. Los elementos constitutivos de esta construcción conceptual han sido ya definidos en su mayor parte en la descripción de las funciones del sistema realizada en el capítulo anterior.

El desarrollo final, que se presentará como Fase II, consiste en el planteamiento de las reformas, correcciones y revisiones que deben introducirse en el marco de supervisión, en procura de que ella produzca efectivamente los resultados para los cuales es concebida. Estos resultados incluyen delineamientos en el plazo, previendo los principales retos en la medida en que el sistema y la economía en general producen desarrollos y resultados.

De la manera planteada, en la primera sección se presenta un desarrollo de la función de supervisión en el modelo de salud colombiano, estableciendo con el nivel de detalle requerido los procesos que deben llamar la atención de la inspección, vigilancia y control, de acuerdo con cada una de las funciones que se desarrollan al interior del sistema y de los agentes que las realizan.

La segunda sección plantea la situación actual de la inspección, vigilancia y control del sistema de salud en Colombia. Con estos acercamientos se tiene una comprensión cabal del modelo de IVC actual en el sector de la salud colombiano.

Vale anotar que una descripción integral del marco normativo de la inspección, vigilancia y control del sistema se ha realizado en documento aparte, por lo cual el presente escrito se encuentra relevado de repetirlo.

1.8.1 DESARROLLO DE LA FUNCION DE SUPERVISION – MODELO CONCEPTUAL NORMATIVO Y MODELO REAL

Según se convino, el presente acápite desarrolla, de manera general, las tareas que se conciben para la función de supervisión dentro del modelo del sector de la salud en Colombia. Para hacerlo se plantean las diferentes funciones identificadas al interior del mismo y se establecen los procesos fundamentales sobre los cuales debe vertirse la inspección, vigilancia y control, de cara a garantizar el correcto funcionamiento del sistema y la conducta apropiada de los agentes que operan dentro del mismo, de acuerdo con lo establecido en el marco regulatorio.

1.8.1.1 Las Tareas de la Función de Supervisión frente al Financiamiento

Dado el proceso de generación de recursos para el sector de la salud, las tareas de inspección, vigilancia y control frente a la función de financiamiento, deben abarcar los siguientes procesos:

- ❖ **Proceso de Recaudo por parte de las EPS:** se debe verificar los instrumentos puestos en marcha por las EPS para controlar los recaudos que deben recibir de los empleadores y de los trabajadores independientes. Estos mecanismos incluyen los sistemas de información de que se dispone, las acciones de cobranzas ante eventuales moras, las medidas que se toman para evitar

las dobles afiliaciones y el grado de coordinación existente entre las EPS para desarrollar el control de los recaudos, la operatividad del Registro Unico de Aportantes (RUA) y, en fin, todas las acciones tendientes a asegurar que los recaudos corresponden de manera efectiva a los recursos que deben ingresar al sistema por el régimen contributivo.

- ❖ **Proceso de Compensación de las EPS:** se debe verificar el proceso de compensación de las EPS con el FOSYGA en atención a la UPC, el número de afiliados y los recaudos realizados.
- ❖ **Proceso de Asignación de Recursos Presupuestales (Régimen Subsidiado):** se debe verificar el proceso de la forma como se asignan los recursos presupuestales a las diferentes regiones del país; la conformación y actualización del SISBEN, la oportunidad del traslado de los recursos y de la cuantía de los mismos.
- ❖ **Proceso de Fuentes Externas:** se debe verificar que las donaciones u otras fuentes externas ingresen de la manera debida al FOSYGA y que su posterior irrigación corresponda a los criterios para los cuales se produjo la donación.
- ❖ **Proceso de Rentas Cedidas:** se debe verificar que los tributos provenientes de las loterías y de la venta de licores correspondan a lo realmente vendido y sean encauzados de la manera debida al sector de la salud.
- ❖ **Proceso Regímenes Excluidos:** se debe verificar que los regímenes denominados excluidos realicen sus aportes al FOSYGA con la oportunidad y cuantía requeridos.
- ❖ **Proceso de Traslado de Recursos:** se debe verificar que los traslados de recursos a los aseguradores se realice con la oportunidad requerida. Estos traslados de recursos, aparte de las compensaciones propias del régimen contributivo, incluyen los giros a las direcciones territoriales de salud y su posterior irrigación al sistema a través de las ARS.
- ❖ **Proceso definiciones de UPC, POS y PAB:** en sentido estricto la definición de la UPC, del POS y del PAB, son de competencia del ente regulador; no obstante a nivel de la supervisión se deben alimentar los criterios de juicio para esta definiciones.
- ❖ **Proceso de Cuotas Moderadoras y Copagos:** de acuerdo con las definiciones de regulación sobre el monto de las cuotas moderadoras y copagos, se debe verificar su correcta aplicación por parte de los aseguradores.
- ❖ **Proceso Incidencia de Fallos Judiciales:** se debe establecer la incidencia que sobre la financiación del sector de la salud tienen los fallos judiciales tales como las tutelas.

1.8.1.2 Las Tareas de la Función de Supervisión frente al Aseguramiento

En lo que corresponde a la función de aseguramiento, los procesos a abarcar por la inspección vigilancia y control son los siguientes:

- ❖ **Proceso de Entrada y Salida de Aseguradores:** cubre tanto aquellas empresas del régimen contributivo (EPS) como las del régimen subsidiado (ARS). Para la entrada de las empresas este proceso implica la verificación del cumplimiento de las condiciones requeridas para desempeñarse como asegurador. Con posterioridad, debe realizarse una vigilancia permanente sobre el cumplimiento de los niveles de solvencia y de liquidez considerados como los más importantes a nivel financiero. Así mismo, cuando un asegurador haya perdido las calidades que le permiten desarrollar sus operaciones es preciso definir la salida del asegurador, estableciendo los parámetros que rigen este acto y la forma como han de ser solucionados los problemas de los afiliados.
- ❖ **Proceso de Manejo de Portafolio:** debe verificarse el manejo del portafolio de los aseguradores, estableciendo que sus políticas de tesorería se ajustan a lo permitido legalmente, sin realizar inversiones de alto riesgo ni que menoscaben sus condiciones de liquidez.
- ❖ **Proceso de Gastos de Administración:** debe verificarse que los gastos de administración de los aseguradores no sobrepasen los límites fijados, propendiendo en todo momento por el mejoramiento de la gestión y la disminución del peso de estos gastos.
- ❖ **Proceso conformación redes de prestadores:** debe verificarse la conformación de las redes de prestadores por parte de los aseguradores, estableciendo los procedimientos que se siguen en la acreditación, la manera como se asumen los riesgos, dependiendo del tipo de contratación que se establezca entre las partes y las posibles integraciones verticales entre las funciones de aseguramiento y prestación.
- ❖ **Procesos de Pago y Reembolsos:** deben verificarse los procesos de pago a los prestadores de los servicios y los reembolsos a los usuarios, propendiendo porque ellos sean realizados con la debida oportunidad para evitar problemas financieros en los prestadores. Estos procesos incluyen las comunicaciones con quien presenta la factura en el sentido de informar el recibo de la factura, la conformidad o glosas a la misma y la disposición del pago.
- ❖ **Proceso Definición Planes de Beneficio:** aunque la definición de los planes de beneficio, en sentido estricto, corresponde a la regulación, desde la supervisión es posible mejorar esa definición, incluyendo los distintos planes de beneficios para los regímenes contributivo, subsidiado, para la población vinculada y otros planes de beneficio especial como la medicina prepagada.
- ❖ **Proceso de Selección Adversa:** debe controlarse que no se produzca una selección adversa al interior de los procedimientos de los aseguradores, es decir, que no se discrimine a la población en función del posible riesgo que presenta dadas sus condiciones de renta, edad, o cualquier otro factor.
- ❖ **Proceso de Definición de Destino Correcto de los Subsidios:** debe verificarse que los aseguradores dispongan de los mecanismos de información suficientes para definir el destino

correcto de los subsidios, esto es, que ellos se dirijan efectivamente hacia los segmentos de población de menores ingresos.

- ❖ **Proceso de Información o Disclosure:** es preciso controlar que los aseguradores ofrezcan a sus afiliados la más completa información sobre sus condiciones de operación, incluyendo todos los planes de beneficio. Esta información debe contener, sin limitarse a ello, la especificación clara de los planes a que tiene derecho el usuario; la red de prestadores conformada por el asegurador; el procedimiento de acreditación bajo el cual el asegurador ha conformado esa red de prestadores; los mecanismos de atención de quejas de los usuarios; las tarifas de los copagos o de las cuotas moderadoras; las condiciones financieras básicas del asegurador bajo nomenclaturas de fácil comprensión para los afiliados; los procedimientos de movilidad entre los distintos aseguradores; el régimen de preexistencias en fin debe proveerse toda la información que requiere el usuario para su racional elección del asegurador y para la toma de decisiones sobre la continuidad en un asegurador a su paso a otro. Este es un elemento crucial para que opere el sistema de competencia regulada sobre el cual se erige el modelo.
- ❖ **Proceso de Libre Elección de los Afiliados:** se debe verificar que a los usuarios se les proporcionan los elementos de juicio necesarios para realizar la libre elección de los aseguradores.
- ❖ **Proceso de Libre Movilidad de los Afiliados:** se debe verificar que a los afiliados no se les constriñe la libre movilidad de los afiliados.
- ❖ **Proceso Atención de Quejas:** se deben establecer los mecanismos de atención de quejas a los usuarios por parte de los aseguradores, verificando el tratamiento que se les otorga, la respuesta a las quejas o reclamos y el monitoreo de las acciones tomadas tendientes a solucionar la situación.
- ❖ **Proceso Conflictos de Interés:** se debe verificar que los agentes que actúan en los aseguradores no se encuentran incurso en posibles conflictos de interés.
- ❖ **Proceso Prácticas Restrictivas:** se debe verificar que los aseguradores no acuden a prácticas restrictivas que puedan entorpecer el modelo de competencia regulada.
- ❖ **Proceso Competencia Desleal:** se debe establecer que los aseguradores no incurrir en prácticas de competencia desleal.

1.8.1.3 Las Tareas de la Función de Supervisión frente a la Prestación de Servicios

Frente a la prestación de servicios, los procesos más importantes de la inspección, vigilancia y control son los siguientes:

- ❖ **Proceso de Entrada y Salida de Prestadores:** se debe verificar que los prestadores han acreditado de manera suficiente los requisitos esenciales mínimos para fungir como tales,

teniendo en cuenta que el subsector de prestación también es escenario de competencia regulada.

- ❖ **Proceso de Organización y Funcionamiento:** se debe controlar la organización y funcionamiento de los prestadores de servicios a partir de indicadores financieros básicos.
- ❖ **Proceso de Asunción de Riesgos:** se debe controlar que los prestadores circunscriben la asunción de riesgos a sus capacidades reales financieras; para ello es fundamental la verificación de los tipos de contrato que se establecen con los aseguradores, incluida la integración vertical entre prestadores y aseguradores.
- ❖ **Proceso de Facturación:** se debe monitorear el proceso de facturación de los prestadores a los aseguradores, determinando los cruces de información correspondientes a los distintos procedimientos involucrados en este proceso tales como la recepción de la factura, su aceptación o manifestación de glosas, comunicación de la disponibilidad del pago.
- ❖ **Proceso de Pagos:** se debe verificar el proceso de pagos entre prestadores y de las instituciones prestadoras a los médicos y personal paramédico.
- ❖ **Proceso de Contratación de Profesionales de la Salud:** se debe controlar el proceso de contratación de profesionales de la salud, estableciendo los requisitos que se deben cumplir para acceder a la institución prestadora de salud.
- ❖ **Proceso de Sanciones a Médicos y Personal Paramédico:** es preciso monitorear el proceso sancionatorio a los médicos; los comités existentes para analizar la conducta de los médicos; la comunicación de esa información a la comunidad médica y a la comunidad en general.
- ❖ **Proceso de Control a la Calidad de los Insumos y Medicamentos:** es necesario establecer los procesos que aplican las instituciones prestadoras de servicios de salud para controlar la calidad de los insumos y medicamentos que proporcionan a los pacientes.
- ❖ **Proceso de Información o Disclosure:** es preciso controlar que los prestadores ofrezcan a los usuarios la más completa información sobre sus condiciones de operación y los cubrimientos que se le realizan de acuerdo con el asegurador al cual se encuentre afiliado. Así mismo es necesario verificar que se le otorgue información oportuna y precisa a los aseguradores acerca de las condiciones de operación; el mantenimiento de los requisitos esenciales mínimos que sirvieron para obtener la acreditación; las políticas de tarifas; los niveles de atención a brindar a los usuarios; los tiempos de espera a que serán sometidos los afiliados. Este es un elemento crucial para que opere el sistema de competencia regulada sobre el cual se erige el modelo.
- ❖ **Proceso Atención de Quejas:** se deben establecer los mecanismos de atención de quejas a los usuarios por parte de los prestadores, verificando el tratamiento que se les otorga, la respuesta a las quejas o reclamos y el monitoreo de las acciones tomadas tendientes a solucionar la situación.

- ❖ **Proceso Conflictos de Interés:** se debe verificar que los agentes que actúan en los prestadores no se encuentran incurso en posibles conflictos de interés.
- ❖ **Proceso Prácticas Restrictivas:** se debe verificar que los prestadores no acuden a prácticas restrictivas que puedan entorpecer el modelo de competencia regulada.
- ❖ **Proceso Competencia Desleal:** se debe establecer que los prestadores no incurren en prácticas de competencia desleal.
- ❖ **Proceso de Control de Calidad del Servicio:** es este el proceso más importante que debe realizarse frente a los prestadores, dado que la calidad del servicio corresponde de la manera más directa al objetivo general del sistema, esto es, el mejoramiento de la salud de la población colombiana. Para el control de calidad, con independencia del procedimiento específico que debe seguirse, es preciso determinar indicadores de calidad de la salud por población.
- ❖ **Proceso de Listas de Espera:** aunque este aspecto hace parte, en términos generales, del control de calidad, se ha dejado deliberadamente aparte, para señalar como un elemento esencial de la prestación es la supervisión sobre las listas de espera a que son sometidos los consumidores para la atención que requieren. En este aspecto es preciso verificar los procedimientos que definen los prestadores para confeccionar las listas de espera, la concordancia del tiempo de espera con la intervención requerida y las incidencias de estos procedimientos sobre los objetivos generales del sector.

1.8.1.4 Las Tareas de la Función de Supervisión frente a la Concepción General del Sistema

Finalmente, es conveniente establecer las tareas de la función de supervisión frente al sistema general, sin que ellas sean específicamente aplicables a una de las funciones, sino que constituye, por así decirlo, el norte bajo el cual se debe orientar el modelo de inspección, vigilancia y control en un modelo de competencia regulada, tal como el que ha sido diseñado en Colombia.

- ❖ **Definición de Esquemas de Eficiencia en la Gestión y Administración del Sistema:** a través del establecimiento de indicadores de gestión, la supervisión debe convertirse en un coadyuvante esencial en la consecución de esquemas de eficiencia en la gestión y administración de las distintas entidades que operan al interior del sistema.
- ❖ **Simplificación de Trámites:** un elemento central de la supervisión es auspiciar la simplificación de los diferentes trámites que se surten al interior del sistema. A manera de ejemplo dentro de estos trámites es preciso mencionar los giros de recursos a las DTS y de éstas a las ARS; los procedimientos de facturación y pago de la misma entre prestadores y aseguradores; la recepción, atención y respuesta a las quejas, reclamos y sugerencias de los usuarios.
- ❖ **Simplificación de Regulación y Normas:** la regulación y las normas que soportan la supervisión deben ser claras, precisas, comprensibles y de fácil acceso. Para ello es preciso que

se proceda a simplificar las normas de supervisión en aras al cumplimiento de los preceptos mencionados.

- ❖ **Elaboración de un Estatuto Orgánico del Sistema (Compilación Normativa):** uno de los logros recientes en los diferentes regímenes de mercados controlados es la existencia de Estatutos Orgánicos que compilen la totalidad de la normativa. Este Estatuto Orgánico debe ser diseñado de manera tal que permita la inclusión de nuevas normas de regulación o de supervisión.
- ❖ **Unificación de los Procesos de Facturación:** aunque hace parte de la simplificación de trámites se ha querido resaltar de manera especial la unificación y simplificación de los procesos de facturación, en la medida en que ellos constituyen uno de los pilares de los flujos de recursos al interior del sistema.
- ❖ **Definición de los Procesos de Entradas y Salidas de las Entidades del Sector:** es la definición del régimen que permite, por un lado las entradas al sistema y, por el otro, las salidas del mismo, estableciendo con precisión y claridad las circunstancias y los procedimientos bajo los cuales se realizarán la liquidaciones de entidades, las tomas de posesión y las intervenciones de las autoridades de supervisión.
- ❖ **Creación de un marco jurídico que permita la transformación de aseguradores y prestadores:** debe permitirse que, en un ambiente de competencia regulada, los aseguradores y prestadores puedan disponer legalmente de procesos de fusión, absorción, cesiones de activos y pasivos.
- ❖ **Régimen de Inhabilidades, Incompatibilidades y Conflictos de Interés:** es preciso contar con un régimen de inhabilidades, incompatibilidades y conflictos de interés referidos al sistema de salud colombiano.
- ❖ **Establecimiento de los Mecanismos de Coordinación entre las Autoridades de Supervisión:** dado que la supervisión del sector de salud colombiano se realiza a partir de diferentes niveles (descentralización) y por distintas entidades (desconcentración), es preciso que las diferentes acciones se encuentren debidamente coordinadas e integradas con el fin de que la supervisión efectivamente conforme un cuerpo integral.
- ❖ **Asignación de responsabilidades de Supervisión según los principios de descentralización y desconcentración:** la asignación de responsabilidades en torno a los principios de desconcentración y descentralización debe obedecer al marco integral de supervisión y debe considerar los eventuales conflictos de interés que se puedan presentar. De esta manera es preciso definir las funciones precisas que debe realizar cada una de las agencias en torno a la supervisión y la manera como responde a los principios de coordinación anteriormente planteados.

- ❖ **Eliminación de Duplicidades de Funciones en Regulación y Supervisión:** para dar estabilidad al sistema y afianzar las expectativas de los agentes que operan en su interior es necesario que las funciones de regulación y supervisión se encuentren claramente delimitadas en lo que se relaciona con los entes encargados, teniendo especial cuidado en que ni el organismo regulador tenga acciones de supervisión ni al contrario.
- ❖ **Propiciamiento de la Participación Ciudadana:** la participación ciudadana es una fuente imprescindible de control del sistema. En este sentido es necesario verificar que existen los mecanismos adecuados para dar satisfacción a las quejas, reclamos y sugerencias de la ciudadanía, bien sea que ellos sean presentados a partir de organizaciones colectivas o que se realicen individualmente.
- ❖ **Garantía de la Libre Elección de los Afiliados:** en el modelo colombiano esta libre elección se orienta hacia el asegurador, ya que una vez afiliado a éste su libertad de elección del prestador de servicios se ve constreñida a la red conformada por el asegurador.
- ❖ **Auspiciamiento de la Autorregulación:** la autorregulación en el modelo del sector de la salud colombiano debe ser entendido en dos dimensiones: de una parte los procesos de autorregulación al interior de entidades que cumplen una determinada función; en segundo término, la autorregulación del sistema en sí mismo, a partir de la acción de dos o más agentes que se relacionan en su interior (por ejemplo, los aseguradores son un instrumento eficaz de control sobre los prestadores).
- ❖ **Generalización del PUCH:** el establecimiento de una nomenclatura contable unificada (denominada Plan Unico de Cuentas) es un elemento esencial de simplificación en la supervisión, tanto para los agentes encargados de ejercerla como para los vigilados. Por ello, aparte de la misma existencia del Plan (llamado PUCH en el sector) es preciso que su utilización sea de carácter generalizado a todas las entidades, para facilitar los procesos de inspección y vigilancia.
- ❖ **Eliminación duplicidades de información para los vigilados:** en un ambiente óptimo, lo ideal sería que la información proporcionada por los usuarios tuviera un solo receptor por parte de las agencias encargadas de la supervisión y que éste se encargase de distribuirla a las distintas agencias, en ausencia de este marco ideal, es preciso que la información solicitada a los vigilados, así tales requerimientos provengan de distintas entidades, aparte de establecerse en formatos unificados (PUCH), sea plenamente justificada, evitando que la misma información sea pedida en más de una oportunidad. Para tal efecto, los mismos funcionarios de supervisión deben justificar de la manera debida, ante sus superiores jerárquicos, la solicitud de nueva información.
- ❖ **Establecimiento de Indicadores Financieros y de Gestión:** para la simplificación de los procesos de inspección y vigilancia, es preciso disponer de un conjunto de indicadores financieros y de gestión que proporcionen de forma simple y veraz la información requerida para el juicio que deben realizar los supervisores sobre las materias propias de su consideración.

En tal sentido es necesario construir ese conjunto de indicadores atendiendo dos cualidades esenciales: que brinden efectivamente la información requerida y que en el conjunto sea constituido por un número reducido de los mismos. Desde luego, en la medida en que, para efectos específicos se requiera de nuevos indicadores, los supervisores se encuentran en capacidad de construirlos a partir de la información de los estados financieros contenida en el PUCH.

- ❖ **Establecimiento de Controles a los Riesgos:** se deben establecer mecanismos que permitan conocer con oportunidad y precisión los riesgos que asumen aseguradores y prestadores y cómo se distribuyen de acuerdo con las formas de contratación que implementan.
- ❖ **Establecimiento de Reglas de Información (“Disclosure”):** para que la participación ciudadana e incluso la acción de algunos agentes sea eficiente y eficaz, es menester que se produzca información cualificada y comprensible a la ciudadanía sobre sus derechos y deberes en relación con cada una de las funciones al interior del sistema. Así esta información debe versar, sin limitarse a ello, sobre las especificaciones del plan de salud al cual se tiene derecho en cada una de sus versiones (POS, PAB, Medicina Prepagada, etc.); las posibilidades de libre elección del asegurador; la libre movilidad entre aseguradores; la red de prestadores conformada por el asegurador.
- ❖ **Coordinación de las Campañas de Promoción y Prevención:** la salud pública, referida en particular sobre las campañas de promoción y prevención (el otro aspecto de la salud pública se relaciona con las condiciones ambientales) es de especial importancia sobre el sector de la salud, en la medida en que propician un mejoramiento general de la salud de la población. Por ello es necesario que la supervisión defina y controle de manera clara la debida coordinación de estas campañas al igual que los resultados que proporcionan de acuerdo con los objetivos buscados.
- ❖ **Paso de una Medicina Curativa a una Preventiva:** el objetivo esencial del sistema de salud es el mejoramiento de salud progresivo de la población; en este propósito, con el tiempo, se produce el paso de la medicina curativa a la preventiva. En este sentido, es tarea de la supervisión establecer los mecanismos que le permitan verificar que efectivamente se está procediendo en la dirección correcta y que el sector se encuentra enrutado por el camino de este cambio.
- ❖ **Inserción en el Sistema de los Desarrollos Tecnológicos:** debe velar también la supervisión por propiciar la inclusión en el sistema de los nuevos desarrollos tecnológicos, bien sea en tratamientos novedosos o en medicamentos innovadores. Para el efecto debe encontrarse en capacidad de juzgar sobre las bondades de la novedad y permitir su aplicación en los procedimientos de prestación.
- ❖ **Control a la Formación de Profesionales de la Salud:** el médico es el baluarte fundamental sobre el cual descansa el sistema de salud; por ello es preciso definir a nivel de la regulación y

de la supervisión, las reglas necesarias para que el proceso de formación del personal médico y paramédico tenga la idoneidad y conocimientos necesarios para la atención de la población.

- ❖ **Control a los Medicamentos y a su Costo:** los medicamentos constituyen otro de los elementos esenciales de la prestación de salud; por esta razón la supervisión debe prever los mecanismos para garantizar que ellos tengan la calidad requerida y que su costo no deteriore el nivel de renta de los consumidores.