



Centro de Pensamiento
en Seguridad Social

CEPESS



DOCUMENTO TÉCNICO DE POLÍTICA PÚBLICA

Una revisión a las propuestas de reforma
al sistema de salud colombiano

La salud es muy valorada por las personas, pues de ella dependen su bienestar y su existencia. Cuando se proponen acciones estatales o privadas con el propósito de modificar en algún sentido el estado de salud individual o social, la reacción inmediata de los individuos es calificar la propuesta con base en algún criterio que considera el de mayor mérito. La reacción y los juicios que se emiten evidencian que la cuestión de la salud se articula con aspectos cruciales como la ética, la política, la economía, la filosofía y el derecho. Estas y otras facetas que tiene el tema llevan a que se pierda rápidamente la orientación de una controversia.

El Centro de Pensamiento en Seguridad Social (CEPESS) elaboró un examen de la propuesta gubernamental de transformar el sistema de seguridad social en salud, enmarcado por cuatro elementos que no agotan la materia: la operatividad, la organización industrial, las implicaciones económicas y financieras y unos elementos jurídicos básicos del proceso. En este documento se presentan algunos resultados y recomendaciones; el soporte analítico se puede consultar en <https://www.uexternado.edu.co/centro-de-pensamiento-en-seguridad-social/documentos-tecnicos/>

La decisión del Senado de archivar el proyecto que fue aprobado en la Cámara abrió una ventana de oportunidad para revisar nuevamente el tema, con mayor razón cuando ya existe otra propuesta acordada entre el Gobierno Nacional y las entidades promotoras de salud. El CEPESS le hace una invitación cordial a la sociedad colombiana para adelantar un debate que decante los diferentes elementos a fin de ganar claridad, que con respeto se valoren los beneficios y los costos de bienestar en que se puede incurrir y se tome una decisión con base en la razón, no en la pasión, que contribuya a incrementar el estado de salud de la población y los residentes en el país.

Lecciones de la experiencia

El debate sobre la reforma al sistema de salud propuesta en 2023 por el Gobierno Nacional Central (GNC) revive las tensiones que se dieron en la reforma de 1992-1993 entre diferentes perspectivas sobre la

arquitectura y operación que debería tener el sistema en el país.

La profundización de la actividad estatal en materia de salud en Colombia es reciente comparada con la trayectoria de países como los europeos; aquí apenas comenzó en la década de los sesenta del siglo XX. La base de la administración fue la creación de los servicios seccionales de salud en 1966. La estructura y organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) se instituyó en 1975 y se readecuó en 1990. La acción estatal de esas tres décadas se objetó en 1991 en *La revolución pacífica. Plan de Desarrollo Económico y Social 1990-1994*, momento en que se propuso su transformación, primero con una propuesta de reforma al SNS y luego con la incorporación del tema de la salud en la reforma al sistema de seguridad social, el entonces Proyecto de ley 155 de 1992 que concluyó con la expedición de la Ley 100 de 1993, aún vigente.

A ese sistema de un cuarto de siglo de vida se le atribuyeron problemas de cobertura; era de tipo curativo, pues estaba formado sobre la atención hospitalaria, una atención básica costosa, burocratizado, centralizado, con zonas del país sin el servicio de salud y con una solidaridad limitada proveída por la poca amplitud de la seguridad social. En *La revolución pacífica* se planteó un cambio en el diseño y ejecución de todas las políticas sociales subsidiadas, incluida la de la salud. El Estado pasaría de una política de subsidios a la oferta a una política de subsidios a la demanda.

Esa transformación hizo parte de un enfoque que consideraba a los administradores del Estado como ineficientes e ineficaces; en cambio, a la gerencia del sector privado y a sus empleados se les calificó como eficientes y que buscan el menor costo y la mayor cobertura en la prestación de servicios a la sociedad. Se trató de una afirmación que no pasó de ser un lema sin ninguna demostración; además, incoherente, ya que quienes lo expresaron eran funcionarios y, por tanto, según su propia lógica, incompetentes, ineficientes e ineficaces.

En 1991 hubo discrepancia de opiniones dentro del equipo de gobierno. La administración del Departamento Nacional de Planeación (DNP) propuso que el fin de la reforma era la previsión cimentada con un

seguro de salud que cubría riesgos mayores, que ampliaría servicios y cobijaría a mayor población, administrado por el sector privado en un mercado en competencia con adecuada regulación estatal. Quienes dirigían el entonces Instituto de Seguros Sociales (ISS) propusieron un seguro de salud público y obligatorio con un paquete esencial de beneficios administrado por una entidad del Gobierno Nacional con agencias descentralizadas y, al lado, un seguro privado voluntario con un paquete de servicios no esenciales y complementario al seguro obligatorio administrado por empresas privadas. Las diferencias se solucionaron con el respaldo del jefe de Estado a la propuesta del DNP y la renuncia de los entonces administradores del ISS.

La propuesta que se implantó en 1991-1992 fue la del seguro privado y quienes la compartieron esperaban que hubiera muchas aseguradoras de salud que compitieran con eficiencia administrativa y una oferta amplia de servicios para mantener la cantidad de población afiliada y así cobrar un jugoso monto por la prima del seguro, tipo de competencia que se estimularía por

la libre elección del afiliado para escoger el asegurador de su preferencia. A la población pobre se le garantizaría el acceso a la salud con subsidios a la cotización por vía de la demanda.

En ese contexto solo se veían beneficios de eficiencia en el sistema, mientras que el conjunto de polemistas contradictores a ese punto de vista advertían que el esquema estaba diseñado en contra de las entidades de salud públicas, que serían deficitarias y saldrían de operación dejando una parte de la población sin servicios de salud, mientras que las aseguradoras privadas segmentarían la calidad de los servicios: buenos y amplios para quienes los pudieran pagar, reducidos para el resto de la población y sin garantía de cobertura total.

A partir de 1994, cuando entró en vigencia la Ley 100 de 1993, se crearon entidades promotoras de salud (EPS) en todas las regiones del país, pero la afiliación continuaba vinculada al mercado laboral formal, localizada en las once áreas metropolitanas del país. El



sector informal se incorporó lentamente mientras las personas asimilaban la operación del régimen subsidiado en salud. El crecimiento de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) fue más lento, al ritmo del crecimiento de la demanda por servicios médicos que a su vez se enlazaba con el aumento de la población, y que se ubicaba en las mismas once áreas donde es posible obtener rendimientos a escala. En las zonas marginales el servicio dependía de los hospitales públicos, llamados empresas industriales y sociales del Estado, categoría jurídica que les exigía a los administradores generar ganancias, lo que creó problemas de atención a la población sin recursos económicos y, posteriormente, obligó al ejecutivo a solicitar el cambio a empresas sociales del Estado, como se les conoce en la actualidad.

De las empresas de salud que se crearon, fueron las EPS las que presentaron más problemas, en especial en las zonas diferentes a las cinco grandes ciudades del país. En la primera década del siglo XXI algunas que se consideraban grandes salieron del mercado y las pequeñas empezaron a depender del régimen subsidiado. La relación comercial y financiera con las IPS comenzó a tornarse problemática y la integración vertical del sector entró en operación.

Por el lado estatal, los organismos de dirección, vigilancia y control tuvieron un comportamiento lento en su curva de aprendizaje y ante las dificultades que presentaba el sistema empezaron a tomar decisiones erráticas. Frente a lo que se esperaba en la arquitectura inicial, no funcionó la Superintendencia Nacional de Salud en materia de control y vigilancia, y las administraciones que pasaron por el Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la Comisión de Regulación en Salud (CRES) no entendieron los mercados que integran el servicio de salud para regularlos de manera eficaz, pertinente y consistente.

Los usuarios fueron víctimas de la asimetría de información. A los del régimen contributivo su empleador los afiliaba en una EPS sin que el trabajador tuviera conocimiento de esa entidad y, por tanto, tampoco de las IPS que lo podían atender;

en consecuencia, el estímulo a la competencia que se esperaba quedó truncado. Y los usuarios del régimen subsidiado no elegían, los gobernantes locales los afiliaban en la EPS que administrativamente decidían. Desde la base misma de operación murió la competencia y con ella la eficiencia y eficacia que se pregonó como argumento para sustituir el SNS. Además, los afiliados tampoco tenían claridad sobre los beneficios que les entregaba el Plan de Beneficios o el Plan Obligatorio de Salud (POS). Al solicitar los servicios los usuarios se encontraban con limitaciones: o la IPS no tenía contrato con la EPS y no eran atendidos, o la EPS les demoraba las aprobaciones de atención o les negaba servicios. Pese a estos y otros problemas, los indicadores de salud mejoraron durante los primeros quince años de vida del nuevo sistema.



La experiencia de la primera década y media de vida del sistema de salud dejó como lecciones:

- La arquitectura inicial no se elaboró con un conocimiento profundo de las estructuras de mercado subyacentes a toda la cadena de servicios de salud.
- *Per se*, el sector público y el sector privado no son eficientes ni ineficientes. El diseño de incentivos congruentes con la racionalidad y los intereses de cada sector juega un papel importante para alcanzar la eficiencia, la eficacia y la economía en el servicio de salud. La experiencia internacional señala que una combinación bien articulada y coordinada entre los dos sectores y con objetivos e incentivos precisos promueve la eficiencia en el sistema

de salud y se obtienen ganancias en el bienestar social.

- La competencia por eficiencia administrativa y oferta de servicios no necesariamente genera atención al afiliado, ni menores costos.
- Sin una regulación, vigilancia y control estable, creíble e independiente del proceso político, se crean ineficiencias e ineficacias, y surgen grietas que permiten la captura del sistema por parte de grupos buscadores de rentas.

El sistema y la arquitectura operativa que se crearon con fundamento en un enfoque económico, el criterio de eficiencia, gracias a la separación de poderes en el Estado colombiano, a sus quince años de existencia, pasaron a estar cimentados en un enfoque de derechos, bajo el principio que la salud es un derecho humano. En efecto, la Corte Constitucional a partir de la Sentencia T-760 de 2008 introdujo el concepto de derecho fundamental de la salud, ratificado en la Sentencia C-313 de 2014, principio que se recoge en las leyes 1438 de 2011 y 1751 de 2015.

Por ello, el artículo 153 de la Ley 100 de 1993 pasó de empezar con el fundamento de equidad entendido como provisión gradual de los servicios de salud a los habitantes de Colombia, al de universalidad entendido como la cobertura a todos los residentes en el país, acompañado de los fundamentos de solidaridad, igualdad y prevalencia de derechos¹, ausentes antes de 2011. Lo importante a resaltar es que no se trata de un derecho escrito sin garantía de cumplimiento; al contrario, se trata de un derecho que el Estado, no únicamente el gobierno, tiene que hacer efectivo. Efectividad que se evalúa en la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

Esa sustitución del fundamento del sistema de salud implica que la efectividad en el goce



1 Artículo 3 de la Ley 1438 de 2011, modificatoria de la Ley 100 de 1993.

del derecho tiene que llegar al 100 % de la población, que la cantidad de beneficios se alteró, y con eso se modificó el nivel de gasto y las necesidades de financiamiento del sistema. Las consecuencias inmediatas son que la distribución de los riesgos se tiene que hacer con base en toda la población y que la cobertura de riesgo y, por tanto, la prima de riesgo cambian frente al marco construido con el principio anterior. Esto, unido a la modificación profunda que tiene la tendencia de la estructura demográfica del país, requiere de modificaciones en la arquitectura y operación del sistema de salud para poder responder en el inmediato futuro.

No obstante el cambio de principio rector del sistema de salud, el gobierno no repensó su arquitectura y operatividad para hacerlas consistentes y pertinentes con la salud como un derecho humano. Las variaciones estuvieron enfocadas en solucionar los problemas financieros y de la relación comercial entre EPS e IPS. La pandemia de covid 19 en 2020 sometió a prueba el sistema. En términos generales, se puede decir que a los ciudadanos les fue bien en atención, pero que se manifestaron con más claridad problemas en el cubrimiento de los riesgos profesionales y en las relaciones laborales con el personal médico y paramédico, así como en la disponibilidad de infraestructuras, y que se agudizaron las cuestiones financieras de EPS e IPS.

Las lecciones desde 2011 son:

- Cuando existe un cambio de principio rector del sistema de salud, se debe analizar la arquitectura y la operación del sistema vigente frente a los nuevos requerimientos y hacer los cambios que las hagan compatibles.
- Las condiciones financieras y económicas cambian y es necesario repensar, con rigurosidad, el sistema y su sostenibilidad social y fiscal, sin lemas simples de libro de texto, viendo las diferentes dimensiones del problema e integrando soluciones factibles para proponer los ajustes pertinentes que beneficien a toda la sociedad.

A los treinta años de creado el actual sistema se sometió a juicio, como le sucedió al SNS en 1991, y se consideró que debía cambiar. La decisión política se

materializó con la presentación del Proyecto de ley 339 de 2023 Cámara que buscaba modificar la arquitectura y la operación del sistema, el cual generó reacciones a favor o en contra de los actores: las EPS, las IPS, la clase política, los tecnócratas, el personal médico y algunos usuarios.

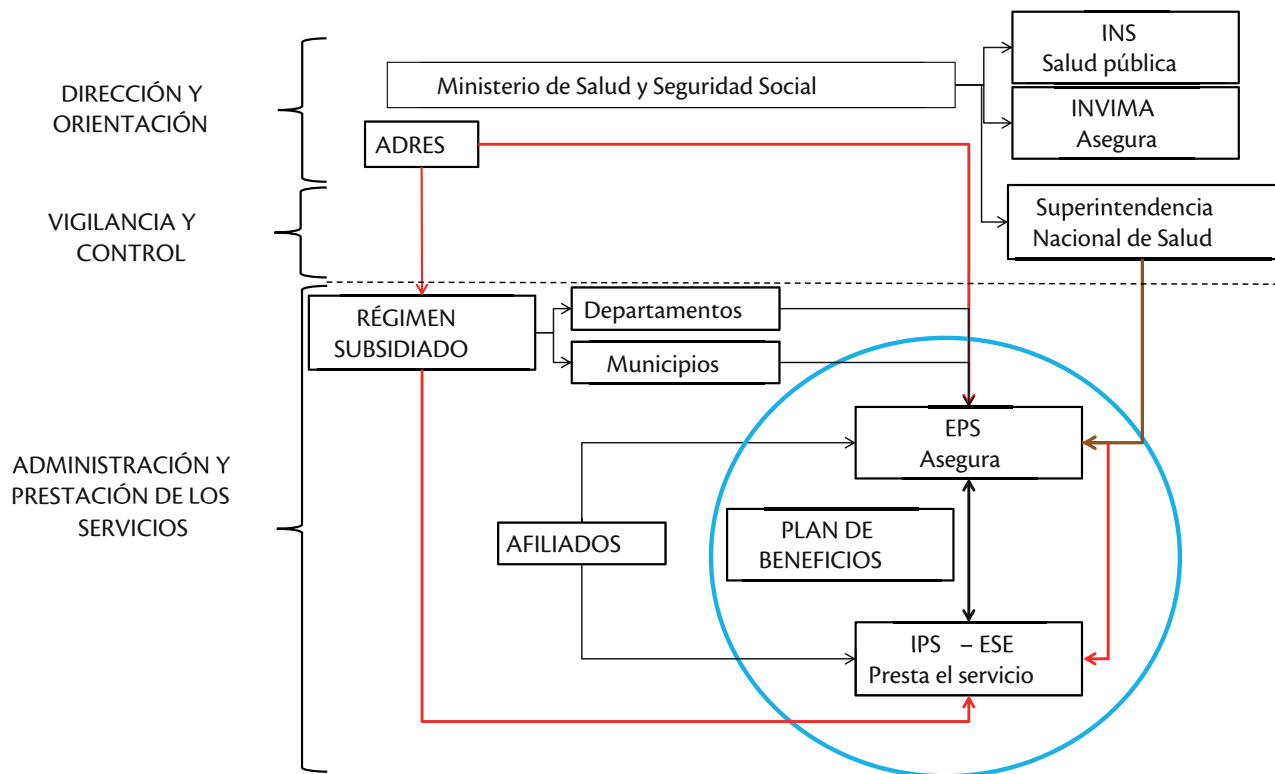
Los opositores al proyecto nuevamente plantearon el debate en términos de economía con base en el lema de “el sector privado es más eficiente”, y los defensores, en términos de derechos con el lema “el derecho humano a la salud debe ser des-mercantilizado, no puede ser subordinado a las leyes que rigen el mercado”. En una situación diferente y con un cúmulo de enseñanzas obtenidas en tres décadas de operación del sistema definido con la Ley 100 de 1993, con aciertos y errores identificados, el debate sobre su reforma rememora las tensiones y argumentos de 1992-1993, como si la capacidad de aprendizaje y análisis conjunto fuera nula y la única guía posible sean los lemas cómodos, pero inconvenientes, para alcanzar un buen funcionamiento de un sistema de salud que beneficie a todas las personas.

El sistema actual

La arquitectura del sistema de salud vigente tiene dos niveles de operación. En el primero se encuentran las funciones de dirección general, manejo de los fondos de recursos monetarios, y la vigilancia y el control que desempeñan las entidades del GNC (figura 1). En este ámbito se hallan la autoridad del sistema y la responsabilidad del diseño de la política y los planes de salud. En el segundo nivel, subordinado al primero, se producen y se proporcionan los servicios de salud; en consecuencia, es donde la persona se encuentra efectivamente con el sistema. Es el núcleo que permite alcanzar los objetivos y metas de la política y los planes de salud, es decir, el máximo estado de salud de la sociedad. En este nivel la administración de la prestación de los servicios la hace el sector privado con las EPS, y la producción del servicio las IPS privadas y públicas.

La gobernanza del sistema parece sencilla, es de tipo vertical sin las complejidades de negociación entre

Figura 1. Sistema de salud actual



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.
Fuente: diseño propio.

grupos interesados que tiene el caso alemán, y con más dificultad administrativa y de manejo financiero comparada con el caso de Corea del Sur, procesos operativos que se encuentran referenciados en el Documento de Investigación n.º 2 del CEPESS². Si el diseño del sistema no es complejo, ¿cuáles son las razones para cambiarlo? ¿Cuál es el diagnóstico sobre su funcionamiento?

Diagnóstico sobre el sistema actual

Todos los actores están de acuerdo en que el sistema tiene fallas que se deben corregir; las diferencias residen en las causas que las originan y en la eficacia de la solución.

En la exposición de motivos del Proyecto de ley 339 de

2 Se puede consultar en <https://www.uexternado.edu.co/centro-de-pensamiento-en-seguridad-social/documentos-tecnicos/>

2023 Cámara, el GNC expone cuatro tipos de causas para solicitarle al legislativo su transformación:

i. *La jurisprudencia y la garantía del sistema para el goce del derecho fundamental a la salud.* En opinión del gobierno, las sentencias de la Corte Constitucional provocaron un cambio en el significado del derecho a la salud para el individuo, la sociedad y el Estado. A este último, la jurisprudencia lo obliga a garantizar su goce efectivo y universal tanto en lo individual como en lo colectivo. Para lograr ese propósito, se debe armonizar la legislación posterior a 2008 con la Ley 1751 de 2015, y hacer consistente la normatividad con los procesos, los procedimientos y los recursos de que dispone.

La relación entre las normas y el proceso del sistema incluye necesariamente la razón de ser de las funciones de los responsables de los servicios de salud; en específico, el motivo que provoca su actuación dentro de la lógica del actual sistema, esto es, ver en la salud



una mercancía de la que se obtiene ganancia. Esta motivación lleva a que se limite el servicio cuando naturaleza jurídica de la salud implica universalidad y goce efectivo. Para el gobierno, la discordancia se soluciona con un cambio en el diseño del sistema de salud.

ii. *Los resultados.* El gobierno reconoce que el actual sistema logró avances en morbi-mortalidad, la afiliación de la población es casi del 100 %, creció la atención de la enfermedad, se redujo la tasa de mortalidad infantil y el presupuesto público para la salud aumentó. Pero la tasa de mortalidad perinatal es alta frente a los estándares internacionales y crece desde 2014, la mortalidad por cáncer en menores de 18 años se sostiene, y frente al cumplimiento de las metas de salud incorporadas en los Objetivos del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible concluye que no se han cumplido y la consecución de las metas estipuladas para 2030 requieren un esfuerzo mayor.

El sistema continúa con problemas en la atención a las personas. Hay demora en la entrega de medicamentos, postergación de servicios médicos autorizados,

procedimientos, citas y tratamientos. Y es inequitativo en el acceso a los servicios de salud, ya se mire por el tipo de atención, como es el caso de la atención materna, o desde lo regional, como es la discriminación contra los departamentos periféricos. En opinión del GNC, esto se soluciona con un nuevo diseño del sistema de salud que le dé universalidad e igualdad al acceso a los servicios y trate a la persona con dignidad humana.

iii. *El riesgo financiero.* El diagnóstico financiero del aseguramiento indica que las EPS no han cumplido con el margen de solvencia y patrimonio mínimo, pese a que los cambios normativos en los últimos veinte años bajaron los estándares financieros; y a 2022 la deuda de las EPS a las IPS ascendía a 16,6 billones de pesos.

Por problemas financieros algunas se retiraron y el recuento muestra que del total de EPS que tenía el sistema en 2010, en 2022 permanece el 42,8 % y la mitad de ellas estaban próximas a iniciar un proceso de liquidación; a 2023 solo el 2,0 % de EPS cumplían los estándares financieros.

Las causas de los problemas financieros son el incremento de los costos con la incorporación de nuevas tecnologías y el envejecimiento de la población que induce una mayor frecuencia de uso de los servicios; mayor gasto administrativo; la deuda del Estado con las EPS; y unos menores ingresos en el régimen subsidiado, al tiempo que no tiene cuotas moderadoras y copagos.

iv. *La organización industrial del sistema de salud.* El actual sistema opera en un mercado que no es competitivo, es una estructura de monopolio bilateral, existe integración vertical y se dan prácticas de selección adversa. Esta situación va en contra de las IPS pequeñas porque no tienen poder de negociación, lo que les afecta su flujo financiero para operar.

La planificación de los servicios de salud salió de la órbita del Estado, la asumió el sector privado personificado en las EPS, y la función de regulación que le quedó al gobierno la ejerce con limitaciones por la poca calidad en la información que recibe del sistema operado por los privados, y lo que elaboró en regulación generó incentivos asimétricos en el sistema.

Frente a los problemas que este diagnóstico oficial identifica, la mayoría de los agentes interesados estarían de acuerdo, excepto en algunas de las causas y, por tanto, en las soluciones que se proponen. Por ejemplo, los operadores del sistema contributivo propondrían como causa fundamental de la situación financiera la desactualización de la UPC frente a la dinámica que tienen los costos; las IPS agregarían que la estrategia de pagos de las EPS contribuye a profundizar sus problemas financieros y las dificultades que se señalan en la prestación de los servicios a las personas que los solicitan; y los usuarios de las áreas periféricas del país dirían que tales problemas son ficticios porque no existe un sistema de salud, en su vida no lo han visto y la solución sería crearlo.

Propuesta de reforma

Para superar los problemas que detecta en su diagnóstico, el GNC propuso una reforma que cambia de orientación la política de subsidios en el sistema de

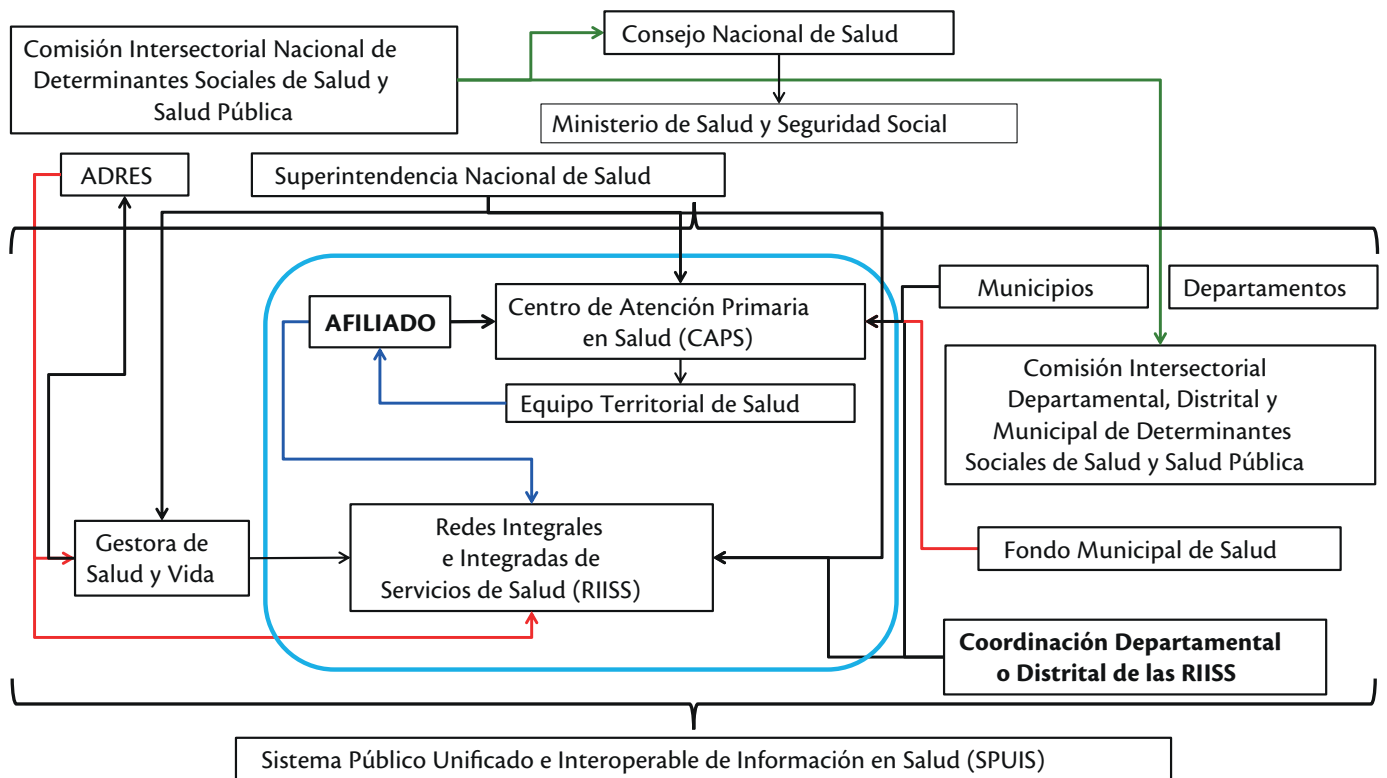
salud; se transita a subsidios a la oferta y en el proceso de estudio y aprobación en la Cámara de Representantes se formuló un modelo de salud preventivo, predictivo y resolutivo que se cimienta en la atención primaria y en los determinantes sociales de la salud, cuya gestión empieza en los territorios.

La arquitectura del modelo deja a la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales de Salud y Salud Pública, que en esencia es un consejo de ministros, como el encargado de las directrices, las intervenciones y los recursos para actuar sobre los determinantes sociales de la salud, y al Consejo Nacional de Salud como el director del sistema. En el ámbito territorial estas instancias tienen sus análogas: las comisiones intersectoriales departamentales, distritales y municipales de determinantes sociales de salud y salud pública y los consejos territoriales de salud (figura 2).

En el núcleo están las instituciones prestadoras de servicios de salud, que pueden ser públicas, privadas o mixtas y que deben incorporarse en las redes integrales e integradas de servicios de salud para prestar sus servicios, así como en los centros de atención primaria en salud (CAP). Las instituciones prestadoras públicas se denominan instituciones de salud del Estado (ISE), que pueden ser de naturaleza pública o mixta. En la parte de gestión del riesgo en salud se encuentran las gestoras de salud y vida, con funciones administrativas, no de seguro, entre ellas el ejercicio de auditoría. La Superintendencia de Salud continúa con su función de vigilancia y control. El manejo financiero queda a cargo de la Administradora de Recursos del Sistema de Salud (ADRES) y los recursos financieros se centralizan en el Fondo Único Público de Salud y tiene la obligación de constituir una reserva técnica. La administración del sistema depende de la tecnología de información, pues se crearía el Sistema Público e Interoperable de Información en Salud (SPUIS), base para el manejo de las historias clínicas y para la auditoría del sistema de salud.

Con esta arquitectura, la planeación y evaluación del sistema es de tipo colectivo, pues intervienen las comisiones, los consejos, los usuarios y las instituciones prestadoras de salud; se desconcentra una parte del manejo administrativo, ya que los municipios y los

Figura 2. Sistema de salud propuesto por el GNC



* La línea roja indica el flujo de recursos, de ingreso o de gasto.

Fuente: diseño propio con base en el Proyecto de ley 339 de 2023 aprobado por la Cámara.

departamentos tienen que tomar conocimiento y control de las características de la salud de su población e involucrarse con los CAP; y en la parte financiera es un sistema con pagador único con cuentas que incorporan los recursos de salud del Sistema General de Participaciones.

Así las cosas, se reforma la operación del sistema, tanto en lo administrativo como en lo financiero, y se mantiene una prestación de servicios pública y privada, en la cual el Estado asume el control en la ejecución de la política de salud y se pasaría de un modelo con centro en el tratamiento de la enfermedad a uno de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Observaciones a la propuesta de reforma y recomendaciones

La propuesta gubernamental de tener un sistema cuyo objetivo sea “cuidar la vida de cada persona,

familia, comunidad y sociedad [...] [y] cumplir con los principios fundantes de la salud: dignidad humana, universalidad, eficiencia, solidaridad, igualdad y equidad [...]” (Ministerio de Salud³, 2023, pág. 32) recoge lo que cualquier persona espera que sea un sistema de salud o de expertos como se manifestó en las observaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en agosto de 2000. Eso significa que el objetivo no tiene discusión. Las cuestiones están en el método y los instrumentos para alcanzar el objetivo.

Si el derecho humano a la salud tiene que ser efectivo, el Estado debe proveerlo de manera directa como productor o pagando su elaboración al sector privado o haciendo una combinación de los dos tipos de producción. El primer interrogante es si el sistema

3 Ministerio de Salud y Protección Social (2023). Proyecto de ley número 339 de 2023 Cámara por medio del cual se transforma el Sistema General de Salud y se dictan otras disposiciones. *Gaceta del Congreso*, Senado y Cámara, año XXXII, n.º 68.

debe ser subsidiado o no. La respuesta depende del grado de concentración del ingreso o la riqueza, de la estructura demográfica y de la decisión política sobre el ingreso o financiamiento para cubrir el riesgo en salud.

Como lo muestra la experiencia internacional, en sociedades con alta concentración del ingreso el subsidio es inevitable. Si la estructura demográfica indica que hay envejecimiento de la población –presencia de pirámide poblacional invertida– y no existe concentración de la riqueza, es probable que no se requieran subsidios; pero si hay concentración de la riqueza, las finanzas públicas deben subsidiar la prestación del servicio. En ambos casos la decisión política es si los subsidios se financian con impuestos o con contribuciones, por lo tanto, sobre qué sector económico o social recaerán las tarifas o las tasas y cuál es el nivel que estas deben tener, lo que remite de inmediato al establecimiento de qué beneficios se entregarán y qué copagos se implantarán.

Ante la necesidad de dar subsidios, el segundo tema en cuestión es si deben ser a la oferta –prestación directa de los servicios– o a la demanda. La respuesta tiene que consultar los principios rectores de todo tipo de sistema de salud, es decir, se debe optar por la alternativa que demuestre ser más equitativa, más eficaz, oportuna, suficiente y eficiente. En el mundo las sociedades hacen una ordenación de preferencia de estos principios y lo estándar es que el sistema que se elige combina la producción de algunos servicios por parte del Estado y los restantes los provee el sector privado; el grado de complementariedad entre los dos tipos de prestadores depende de la decisión política, de la estructura industrial y de mercado, y de los incentivos que se puedan implementar en el contexto social donde opera el sistema de salud. Por eso la experiencia italiana o coreana no es similar a la noruega, por ejemplo.

Recomendación: antes de optar por una prestación directa, el Estado debe ordenar los principios del sistema de salud partiendo del que considera superior hasta el de menor jerarquía, y luego autoevaluarse y evaluar al sector privado para determinar quién tiene operativamente las competencias para cumplir con los principios rectores y puede alcanzar los objetivos, y

con base en ese resultado construir la arquitectura del sistema de salud.

Supóngase que el mejor modelo de sistema es el que se aprobó en la Cámara. Para prestar los servicios de salud, el Estado necesariamente debe recurrir a la provisión de bienes y servicios que produce el sector privado, como el caso de los medicamentos, o a contratar a las instituciones prestadoras de servicios de salud privadas, como son los laboratorios clínicos, los hospitales, etc. Ahora considérese el escenario alternativo: que el sector privado produce todos los bienes y servicios de salud y se los entrega directamente a las personas, y el Estado se limita a pagar y a hacer cumplir perfectamente los principios rectores del sistema. En los dos casos hay producción privada que opera en unas estructuras de mercado determinadas, es decir, existen unos tamaños y segmentos de mercado y una organización industrial subyacente que no se puede desconocer tanto si la producción es completamente estatal o totalmente privada.

Tanto en el proyecto de ley como en las discusiones y aprobación en la Cámara y en los diferentes foros se soslaya el tema de la organización industrial. Se hacen afirmaciones sobre la presencia de los cuasimercados, de oligopolios y de segmentaciones del mercado, pero el GNC, el Congreso y los agentes interesados no conocen a profundidad la organización industrial subyacente en Colombia. Se comete el mismo error en que se incurrió en la discusión del Proyecto de ley 155 de 1992 que llevó a la Ley 100 de 1993, y que tiene al país en la actual situación y discusión.

Recomendación: estudiar a profundidad y tener documentada la organización industrial que opera en el país en los mercados de servicios profesionales de salud, de medicamentos y hospitalario. Su conocimiento posibilitará diseñar estrategias de regulación que permitan reducir el poder dominante de monopolios y oligopolios en servicios médicos complementarios, provisión de medicinas, localización de hospitales, y estrategias para incentivar y facilitar el acceso de los profesionales a estudios superiores en especialidades médicas y estimular su ubicación en zonas con déficit en estas ramas especializadas. La integración vertical no es negativa *per se*, depende de factores, sectores

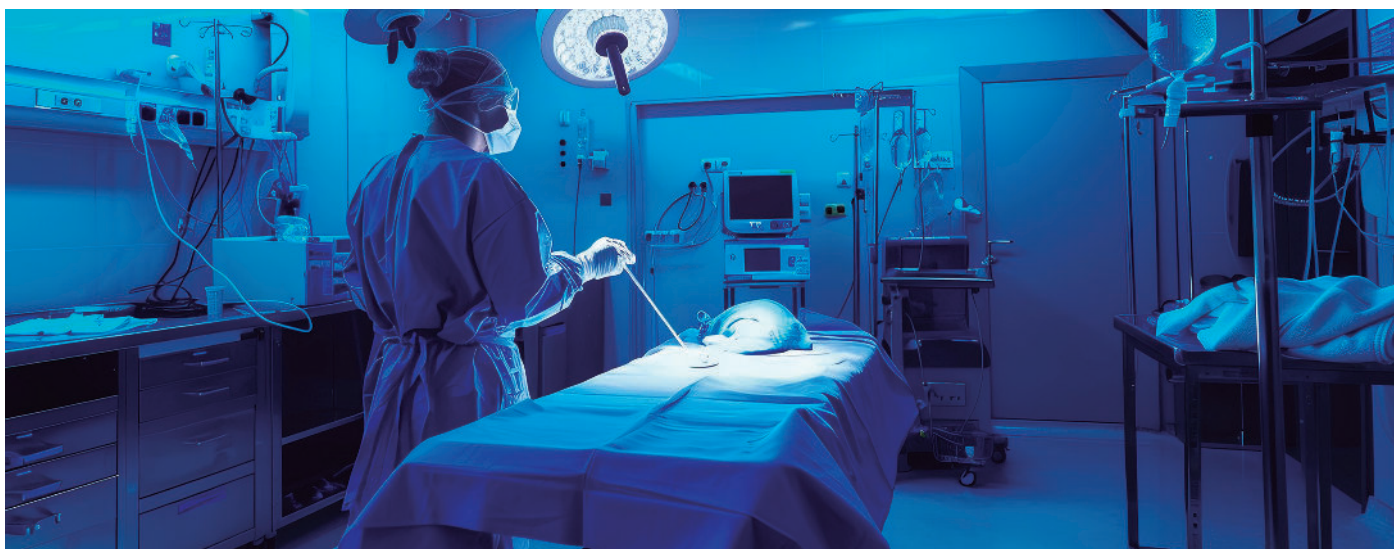
económicos y tamaños de mercado concretos; en segmentos donde hay bastante competencia industrial⁴ no es problemática. Se sugiere hacer análisis específicos que conduzcan a regulaciones que minimicen costos de transacción y de operación del sistema en segmentos de mercado específicos; no se recomiendan restricciones generalizadas, son contraproducentes. Una regulación efectiva y cualquier función de supervisión y control financiero deben considerar los incentivos de los agentes y la forma como ellos inciden sobre la estructura de capital y la cadena de aseguramiento-prescripción, sin afectar la rentabilidad social y la limitación al derecho a la salud. Como en términos espaciales las economías, las deseconomías y las estructuras de mercado cambian, se recomienda que un nuevo marco de competencias y asignación de recursos de la salud sea coherente con los tamaños de mercado territoriales y se diseñen mecanismos de interconexión espacial para minimizar costos de atención.

Muchos de los elementos que contiene la propuesta del GNC ya están incorporados en la legislación colombiana. Algunos de ellos son responsabilidad de los tres niveles de gobierno. Por ejemplo, en atención primaria el Plan Decenal de Salud incluyó algunos componentes en los cuales jugaban un papel fundamental las entidades gubernamentales. Una evaluación del Ministerio de Salud y Protección Social señala que entre las restricciones que se detectaron en la ejecución está la interacción entre los niveles de gobierno, pese a que la coordinación se hallaba en un nivel alto de gobierno: la Comisión Intersectorial de Salud Pública.

Recomendación: ante los problemas operativos y de ejecución, la tendencia colombiana es pretender solucionarlos con la creación de comités, consejos, juntas, comisiones, etc., o a crear reglamentaciones con leyes, decretos, ordenanzas, circulares, etc., que arreglen los problemas prácticos. Antes de crear una instancia de decisión o de operación, se recomienda considerar las evaluaciones existentes de situaciones similares y de diseños institucionales y operacionales presentes o pasados, y revisar la práctica internacional con el propósito de tomar las lecciones de la experiencia y

⁴ Es importante no confundir competencia de mercado con competencia industrial y precios competitivos.





analizar los requerimientos técnicos, de la capacidad institucional y profesional de los entes territoriales, de los incentivos que se necesitan, y de los liderazgos requeridos, entre otros aspectos, que permitan impulsar la cooperación entre entidades y niveles de gobierno y lleven a que las estructuras de la organización y la operación funcionen cabalmente. Así mismo, se sugiere que construir sobre lo construido también significa hacer un balance de la normatividad vigente y una evaluación de sus resultados para detectar restricciones reglamentarias que atentan contra la operación y los buenos resultados del sistema de salud.

En la propuesta y en el texto aprobado por la Cámara de Representantes se tiene previsto el Sistema Público e Interoperable de Información en Salud, del cual depende en gran medida el éxito operativo y administrativo del modelo. Como lo manifiesta la exposición de motivos gubernamental y en diferentes momentos la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-760 de 2008, la información actual sobre el sector salud es una caja negra. Para tomar buenas decisiones se requiere oportunidad y calidad de la información.

Recomendación: con o sin cambio de modelo, el país necesita integrar la información del sector salud, empezando por la información de la historia clínica para que el usuario la tenga disponible en cualquier parte del país donde lo atiendan, pasando por información confiable sobre la situación de las variables de salud en los municipios, el cumplimiento de funciones de los administradores y el desempeño de los proveedores

de servicios, y llegando a tener información de resultados operativos, económicos, financieros y de las variables relevantes sobre la situación del nivel de salud de la población por regiones y total que contribuyan a la planeación y toma de decisiones en política en salud. Desde luego, para lograrlo se requiere alcanzar una cobertura amplia de telecomunicaciones que permita la interconexión y aprovechar herramientas como internet.

El CEPESS reitera su invitación a utilizar de manera proactiva, eficiente y eficaz la oportunidad que abrió el Senado al archivar el proyecto de ley, para que entre todos los estamentos sociales se mejore el sistema de salud. La decisión final será política, no técnica, porque es el diálogo político de carácter racional el que permite escuchar y entender los argumentos éticos, políticos, económicos, filosóficos y jurídicos que todos pueden aportar para tomar una decisión informada sobre las consecuencias sociales de los cambios en el sistema de salud. El sistema actual requiere modificaciones, mucho más si se piensa en el cambio en la estructura demográfica que tendrá el país en el inmediato futuro, y el entendimiento técnico de sus problemas, junto con un diálogo democrático como sociedad, nos debe permitir tomar una decisión conjunta sobre lo que se debe modificar. Así mismo, el Gobierno Nacional Central debe recoger los acuerdos, incorporarlos en una propuesta y presentar un nuevo proyecto al Congreso de la República que mejore el sistema de salud y beneficie sin excepción a todos los residentes en el país.

Centro de Pensamiento en Seguridad Social CEPESS

Autores:

Isidro Hernández Rodríguez

Director académico CEPESS y docente investigador de la Facultad de Economía de la Universidad Externado de Colombia

John Alberto Marulanda Restrepo

Asesor de investigación – Corporación para el Desarrollo de la Seguridad Social CODESS

Tatiana Katherine Remolina Galindo

Coordinadora académica CEPESS

Camilo Enrique Hernández Barbosa

Asistente de investigación CEPESS

Yaritza Alexandra Zambrano Camargo

Asistente de investigación CEPESS

Nelcy Paredes Cubillos

Experta investigadora CEPESS

Luisa Fernanda Rodríguez Rodríguez

Docente investigadora Departamento de Derecho Laboral de la Universidad Externado de Colombia

Cristian Alfredo Orozco Espinosa

Docente investigador Departamento de Derecho Laboral de la Universidad Externado de Colombia

Manuel Gerardo Duarte Torres

Docente investigador Departamento de Derecho Laboral de la Universidad Externado de Colombia