



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**

Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia

Editores, escritores y recopiladores principales

Gustavo Nicolás Páez

Luis Felipe Jaramillo

Camila Franco

Leonardo Arregoces

Escritores, recopiladores y colaboradores:

David Bardey

Sergio Páez

German Escobar

Jose Luis Ortiz

Julián Cantor

Alvaro Morales

Juan David Durán

Agradecimientos:

Dirección De Prestación De Servicios Y Atención Primaria

Dirección De Financiamiento Sectorial

Dirección De Regulación De La Operación Del Aseguramiento En

Salud, Riesgos Laborales Y Pensiones

Oficina De Calidad

SISPRO

1. Resumen Ejecutivo

El “Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia” es un esfuerzo académico hecho por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer un análisis prospectivo sobre la forma idónea de gestionar la salud de los colombianos. Si bien representa una recopilación y un menú de recomendaciones, en ningún momento representa la posición del Ministerio. En este caso, por gestionar se hace referencia al proceso y flujo de recursos a través del cual el Estado garantiza que su población sea atendida oportunamente. Es importante precisar que este estudio no tendrá en cuenta dos temas importantes, ya que considera que merecen estudios completos e independientes: la forma en que el Estado adquiere los recursos para financiar el sistema de salud y el modelo de atención (la forma en que se desea que se atiendan los pacientes) . Por tal razón, se inicia asumiendo un Estado con unos recursos dados y un modelo de atención deseado, y el estudio se centra en la forma en que el Estado distribuye y ejecuta las funciones pertinentes para garantizar que esos recursos permitan a la población civil tener acceso al modelo de atención.

Una pregunta inicial es hasta donde el Estado debe ejecutar directamente la operación del sistema y sus recursos. Sobre esto, el estudio hace un recuento de 8 experiencias internacionales, además de la experiencia que tuvo con el Seguro Social y posteriormente con el modelo basado en Entidades Promotoras de Salud (EPS), de esta revisión se concluye que existen ciertas ventajas y desventajas de concentrar o descentralizar las funciones.

En lo que concierne a la centralización, esta se considera buena ya que permite un mayor control de gasto, además, a la hora de ejecutar planes y políticas públicas, se hace más rápido teniendo todas las funciones centralizadas. No obstante se reconocen problemas fuertemente asociados a la centralización: la alta heterogeneidad del territorio, que hace difícil adaptar el modelo de gestión para que ajuste perfectamente a cada región; y el aumento de procesos burocráticos que hacen imposible tomar medidas de reacción rápida en momentos y regiones particulares. La confluencia de estos dos problemas genera que los costos logísticos y operativos de manejar sistemas de salud tan heterogéneos bajo la misma estructura superen las ganancias obtenidas por el control de gasto.

Por otra parte, la evidencia muestra como en la delegación de funciones o descentralización el sistema gana en cuestión de cobertura y eficiencia, aunque también incentiva la generación de poderes locales, los cuales traen consigo intereses que pueden ser perversos y perjudicar el servicio de salud que se presta a la población. Adicionalmente, el flujo de información respecto al sistema puede verse obstruido, lo cual conlleva a que haya menos conocimiento por parte de los entes reguladores sobre las realidades locales. Por lo anterior, este reporte recomienda y en pro de la buena gestión de la salud, descentralizar la operación de ésta. No obstante, buscando evitar la creación de incentivos perversos, se recomienda la construcción de una serie de mecanismos de pago y un control de las fuentes de información.

Habiendo aceptado la necesidad de la delegación de funciones, pasa a ser relevante entender las características y modo de acción del encargado de gestionar la salud, o gestor. Sin embargo, para ajustar adecuadamente el sistema de incentivos, es preciso determinar previamente cuales son las prioridades del Estado. A partir de esto, se hace una reflexión sobre la historia internacional y colombiana asociada a la evolución del derecho a la Salud. De este análisis se concluye que la prioridad para el Estado es garantizar un acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud, sin embargo, de ahí también se deriva la

necesidad de evitar el gasto excesivo ya que se debe garantizar la sostenibilidad del sistema. Asimismo, se reconoce que los dineros de la salud no deben ser destinados a la generación de rentas particulares, ya que son del público en general. Paradójicamente, se destaca el hecho que la libertad de elección por parte del paciente, no es una prioridad, es decir, la responsabilidad del Estado es garantizar un servicio de salud que respete unos determinados estándares de calidad. Aun así, ya si la persona desea otro servicio con diferente calidad o diferente costo, no es deber del Estado satisfacer esta necesidad particular ya que al garantizar una calidad preestablecida que satisfaga la necesidad de la persona, la libertad pasa de ser un asunto vital a un lujo particular. Adicionalmente, esta libertad puede atentar de forma directa contra la sostenibilidad del sistema. Por ende, promoviendo la sostenibilidad y el beneficio general, la libertad no se vuelve una prioridad.

Establecidos estos objetivos, se pasa a determinar qué es un gestor. Se inicia preguntando si éste debe tener un origen público o privado. En principio, la evidencia obtenida no permite defender ninguna posición; En lo que concierne a los gestores públicos, tienen como principal virtud que no se mueven por el ánimo de lucro, y por eso se espera que estén más enfocados en la gestión de salud aunque están en riesgo de caer bajo el control de poderes locales que malversen sus fines.

En contraposición los gestores privados no se ven afectados directamente por los poderes locales, pero su ánimo de lucro -o cuando menos de sostenibilidad económica- genera incentivos perversos en pro del sistema financiero y en contra de la operación. Al respecto, se propone que los gestores, si han de ser públicos, tengan un gobierno corporativo independiente a los gobiernos locales. Por otro lado, en caso de ser privados, se recomienda el diseño de mecanismos de pago que eviten los incentivos perversos. En ambos casos no hay razón para preferir un tipo de gestor sobre el otro y la recomendación puntual es dejar abierta la posibilidad de ambos tipos de gestores, teniendo en cuenta que los públicos pueden ser de vital importancia en aquellas zonas donde los privados no estén interesados.

El siguiente tema en orden lógico pasa a ser la población y el área de influencia de un gestor. Con respecto al primer tema, la evidencia empírica y teórica sugiere que han de ser suficientemente grandes para que la gestión compense los costos fijos y la variabilidad asociada a la incertidumbre de gasto de la población recomendándose que tengan un tamaño delimitado. Y a la hora de afiliación es importante determinar si el gestor puede decidir quiénes son sus afiliados; En este punto, la recomendación es que no. Al poder elegir afiliados, independientes de la estructura de pagos, se genera incentivos fuertes del gestor para generar una selección adversa de la población, buscando descartar aquellos pacientes con más necesidades de salud, los cuales son la prioridad del sistema. Pero, también es preciso aclarar que, si no hay posibilidad del gestor de discriminar la población se hace preciso desarrollar ajustes de muy precisos en el reconocimiento de la gestión, ya que sin ellos se da la selección adversa, no de una forma explícita, pero vía reducción de la calidad al trato de los pacientes.

En lo que corresponde a la zona de influencia, siendo la principal virtud de la descentralización la especialización de la operación en realidades locales, carece de sentido tener gestores de alcance nacional. De hecho, la recomendación es la generación de zonas geográficas bien delimitadas por las condiciones de oferta y demanda de servicios de salud (no necesariamente límites políticos) que limiten el territorio del gestor.

Sintetizando los dos elementos anteriores, el gestor tiene un tamaño determinado en un territorio determinado, es decir, existe un cupo determinado de gestores. Esta implicación tiene dos focos de análisis. Por una parte, existe un temor por el poder de mercado que estos obtengan que vaya a generar pauperización de los hospitales a costa de la

contratación con prestadores de servicios de baja calidad y bajo costo y por otro lado, surge la duda de la elección de los gestores por territorio. Buscando resolver ambos conflictos, el estudio recomienda darle importancia fundamental a los resultados en salud y calidad de servicio de la población además de indicadores que revelen una gestión administrativa y financiera coherente con la prestación.. Desde otro punto de vista, se considera que este poder de mercado no es del todo contraproducente para el sistema (hecha la aclaración de calidad) porque permite dar poder de negociación de tarifas y así dar un uso eficiente a los recursos del Estado. De la mano con la calidad, cada gestor para poder estar habilitado ha de tener una red de prestación de servicios. Por esto se entiende que debe garantizar unas coberturas de servicios de salud y un sistema de referencia y contra referencia suficiente para satisfacer las necesidades de salud de la población.

Queda la duda respecto a la sostenibilidad del gestor y cómo este devenga ingresos, con respecto a esto se analiza si la mejor forma de gestión está asociada a una figura de administrador o de asegurador. Cada caso tiene sus virtudes y contraindicaciones, por ende se recomienda una versión mixta en pro del control de los incentivos perversos y fomento de las buenas prácticas. Se propone que a cada gestor se le garantice una cápita por cada afiliado, Sin embargo, dada la teoría de riesgo de liquidez y buscando evitar vicisitudes en los pagos, esta cápita se retiene en un fondo central el cual gira a los prestadores siempre que el gestor autorice. Adicionalmente, se le demanda al gestor tener unas reservas mínimas en el fondo previendo cualquier riesgo de liquidez. Esta medida beneficia al sistema ya que garantiza el flujo de recursos y asegura el sistema de información estatal, pero, trae el infortunio que le retiene la liquidez del gestor, aumentando su costo de oportunidad. Ante esto, se propone que el fondo posea inversiones libres de riesgo tanto en la cápita como en las reservas, que provean una rentabilidad al gestor que permita, por lo menos, asegurar una rentabilidad que compense la restricción. Por otro lado, se considera sumamente inapropiado que la cápita esté asociada a la ganancia del gestor, ya que genera incentivos nocivos que pueden incrementar las barreras de acceso a los servicios, por ende, cada gestor ha de tener una cuota de administración independiente de la capitación. Se recomienda que esta cuota sea determinada por un mecanismo económico tal como una subasta inversa y a partir de ella se determine qué gestores pueden trabajar en cada territorio.

Finalmente, en lo que respecta a la cápita, teniendo en cuenta que los dineros de la salud no deben generar rentas, ésta debe determinarse a partir del concepto de prima pura. Por una parte, y dado que el gasto en salud es altamente variable, tener una prima pura demanda una serie de ajustes ex-ante y ex-post necesarios para evitar la selección adversa*. Idealmente se recomienda tener un ajuste ex-ante que permita dar por cada persona su gasto esperado, pero por las condiciones operativas actuales y los sistemas de información, se recomienda el uso de ajustes ex-post como los recomendados en el estudio que compensen la falta de información, mientras esta se obtiene. Por otro lado, agrade la lógica pensar que de una prima pura un gestor puede generar utilidad, teniendo en cuenta que se paga un costo medio, si algún gestor gasta menos es porque algún otro gastó más. Ahora bien, esto es independiente de la forma en que cada uno haya hecho su labor, llegando al extremo de tener excelentes gestores pero algunos con pérdidas y otros con ganancias impulsadas por el azar. Desde otra perspectiva, fomentar la idea de ganancias promueve contención obsesiva de gastos, lo cual tampoco es útil al sistema.

* Este elemento es particularmente importante en un contexto de competencia entre gestores en el que puede haber lugar a selección de riesgos. En el caso de que existan monopolios, por definición, no puede haber selección de riesgos.

A partir de estos riesgos, se propone la siguiente solución: terminado un periodo de ejecución, a todos los gestores que tuvieron superávit, se les retorna la cuenta a cero. Al gestor se le debe evaluar por sus resultados de calidad en salud, operación y gestión financiera, con ciertos criterios detallados en el estudio. Si el gestor no los cumple, automáticamente queda en riesgo su habilitación, tiene una multa contra las reservas y si tuvo déficit, este se le reduce adicionalmente de las reservas. En caso de cumplir con los resultados de calidad, aquellos gestores que tuvieron déficit, son compensados con el dinero acumulado por el fondo de multas y superávits, y así terminan el periodo sin pérdida y ganancia por las capitaciones. Por el otro lado, aquellos que tuvieron superávit tendrán acceso a una ganancia ocasional proporcional al superávit que se deriva del dinero que quedó de los superávits, las multas y las compensaciones. Se considera que este sistema promueve una estructura de incentivos que hace que la prioridad sea el resultado en salud pero promueva también el uso racional de los recursos.

El gestor devengará ingresos de los intereses del fondo, las ganancias de la cuota de administración y las cápitas ocasionales, lo cual puede considerarse baja rentabilidad para algunos sectores, pero considerando que no hay riesgo de pérdida, siempre y cuando se cumpla con los resultados en salud, y que la rentabilidad esperada es mayor a la del ahorro bancario libre de riesgo, se considera una oportunidad de negocio viable y virtuosa para la gestión de la salud.

Finalmente, se desarrolla el tema de la integración vertical. Este tema surge de la preocupación que podría tener un gestor de estar en un territorio que no cuente con una oferta suficiente de hospitales, puestos y centros de atención en términos absolutos o relativos a la calidad. En este caso se hace una revisión teórica la cual, concluye que la integración vertical es virtuosa en un sistema, cuando esta se da en la puerta de entrada solamente. No obstante, conlleva incentivos perversos que se hacen evidentes en la realidad colombiana. De hecho, la evidencia empírica muestra que, teniendo la capacidad de realización, no existe integración vertical en aquellos lugares recomendados por la teoría y si en aquellos otros donde priman los incentivos perversos, es por esta razón que no se recomienda eliminar la integración vertical, pero si restringirla a estos casos donde es necesaria. Para esto se recomienda que el gestor que la desee, demuestre la necesidad efectiva de cambiar o aumentar la oferta disponible de servicios de salud. Hecho esto, es preciso buscar primero alianzas con los hospitales públicos que permitan al gestor mejorar la administración y la prestación de los servicios de salud, se observa como este sistema genera incentivos en la medida que conduce a que los gestores presionen a los prestadores por determinados servicios y por la calidad de los mismos. En caso de no poder trabajar con estos prestadores se le debe permitir al gestor montar su propia oferta, una vez agotado el procedimiento anterior.

Contenido

Introducción	8
Sobre la responsabilidad de la gestión de la salud	9
Experiencias internacionales	9
Experiencias nacionales	29
Síntesis	50
Sobre los gestores de la salud	51
Sobre los objetivos del Estado.....	51
Análisis histórico.....	51
Análisis del caso colombiano.....	53
Sobre la determinación del gestor	56
Sobre los ingresos del gestor	65
Sobre la capitación.....	73
Forma de cálculo y obtención de datos	73
Ajustes ex-ante.....	94
Ajustes ex-post.....	94
Síntesis	107
Sobre la integración vertical.....	108
Integración vertical desde la teoría	108
Integración vertical y concentración de mercado en Colombia	110
Síntesis	145
Conclusiones.....	146
Bibliografía	147

2.

3. **Introducción**

Desde la constitución de 1991 Colombia ha adquirido diversos compromisos en lo que respecta a la salud de la población. Por este motivo y buscando que ésta tenga un acceso eficiente y oportuno a los servicios, en Colombia se han desarrollado múltiples leyes en torno a este tema, dentro de las cuales se resaltan la ley 100 de 1993, la ley 1122 de 2007 y la 1438 de 2011. No obstante, el modo a partir del cual se gestiona la salud de las personas ha estado estable desde 1993.

Este modelo ha traído grandes beneficios en cobertura y acceso, sin embargo, la forma en la cual se definieron los incentivos para los actores del sistema ha generado fenómenos indeseables, tales como la negación de servicios y los problemas de cartera de los hospitales. Es a partir de estos precedentes, y en el marco de una posible reforma al sistema de salud, que se hace una evaluación sistemática del modelo de gestión.

Por modelo de gestión se entiende la financiación y forma de operación de las instituciones encargadas de permitir que la gente acceda a los servicios de salud. Sin embargo, y por cuestiones de enfoque, en lo que respecta a la operación, este estudio no hace referencia al modelo de atención; es decir, a la forma en que se busca atender a la gente en salud y en enfermedad. Al referirse a procesos, este estudio hace referencia a aquellos que se generan entre las instituciones y los hospitales para facilitarle el acceso a la gente a los servicios de salud. Por otra parte, al referirse a la financiación del sistema, la normatividad vigente exige al Estado asegurar la salud de las personas, por ende desde el inicio se asume que no hay dinero de bolsillo. Posiblemente lo haya, tal cual se hace actualmente, con el objeto de evitar la creación de incentivos perversos. Sin embargo, como este tema sale del alcance de este estudio, se deja de lado. De igual manera, si bien se estudia la forma en que fluyen los recursos por el sistema, no se trata lo que concierne a la forma en que el gobierno financia el gasto en salud (impuestos, rentas, etc.) ya que también queda fuera del alcance de este documento.

Hecha esta aclaración, este estudio se divide en dos partes. La primera busca entender quienes han de ser los responsables en lo que respecta a la gestión de la salud; es decir, hasta qué punto el Estado debe responsabilizarse de la gestión y que funciones es prudente delegar con miras a tener un sistema de salud más eficiente y oportuno. Una vez discutido este tema, se pasa a discutir el asunto de la gestión como tal. Dado que ya se especificó cuáles son las funciones del Estado y cuáles son las funciones que han de delegarse, esta sección hace un análisis detenido sobre cómo deben ser las instituciones delegadas, con miras a preservar los logros que ha alcanzado el sistema y corregir los incentivos perversos que se han generado.

Así mismo, buscando obtener los resultados más sólidos, cada sección y subsección tiene una estructura determinada. En primer lugar se hace un recuento de experiencias internacionales junto con la teoría que en la academia se ha desarrollado respecto al tema. Pero, teniendo claro que los temas de gobernanza tienen un carácter local fundamental, es un error limitar el estudio a la teoría y las experiencias internacionales. Por eso se desarrolla una segunda parte describiendo la experiencia local y estudiando su consistencia con las experiencias internacionales y la teoría misma. Finalmente, cada tema sintetiza los resultados obtenidos en ambos flancos y se genera una recomendación de cómo mejorar la situación actual de Colombia.

4. **Sobre la responsabilidad de la gestión de la salud**

Esta primera parte del reporte tiene como objetivo identificar, dadas las experiencias internacionales y las experiencias nacionales, quienes han de ser los encargados de gestionar la salud de una población. De esta forma, se inicia tratando el tema de las experiencias internacionales y la teoría que ha surgido al respecto para luego tratar puntualmente el caso de Colombia.

4.1. ***Experiencias internacionales***

Con respecto al primer punto, es importante decir que, hasta hace poco tiempo, la tendencia mundial sugería que la gestión de los sistemas de salud se diera de forma descentralizada, e incluso privatizada (World Bank, 1993). Los argumentos que se plantearon para sustentar este proceso fueron de índole económica, política y técnica (PHRplus, 2002). De los mayores beneficios a nivel país, se mencionan (WHO, 1990):

1. Una administración desconcentrada puede tratar mejor realidades locales, especialmente en países altamente heterogéneos.
2. Al dar tratos diferentes a regiones diferentes, es posible reducir la inequidad y aumentar la eficiencia de los servicios de salud.
3. Existe una mayor integración entre las actividades del gobierno y el sector privado.
4. El gobierno reduce su gestión de administrador y puede dedicarse a su rol de planeador y regulador.

Desde el punto organizacional, también se destacan otros beneficios (PHRplus, 2002):

1. Aumento en la efectividad de la prestación del servicio.
2. Movilización más eficiente de recursos.
3. Mejores posibilidades de contención de costos.
4. Aumento de supervisión de los recursos y la población.
5. Mayor facilidad de llevar contabilidad y procesos transparentes.

Estas ideas motivaron a que muchos países optaran por descentralizar de diferentes formas sus sistemas de salud. Existen múltiples ejemplos como Nepal donde se destacan las mejoras en acceso y eficiencia del sistema (Regmi, 2010). No obstante, estudios que incluían una revisión sistemática de grupos de países dejan de ser concluyentes respecto a las virtudes de este fenómeno (Bossert & Beauvais, 2002). Debido a esto se hace necesario revisar de forma más detallada cada componente de la descentralización

En primer lugar se revisa el punto de vista económico. En este contexto, toman fuerza los problemas de principal-agente. Esto se da cuando la entidad pública o privada que se encarga de gestionar la salud tiene prioridades distintas a las del gobierno. En el caso de entidades públicas, los principales desacuerdos están en la forma en la que se enfoca el presupuesto. Por su parte, en las entidades privadas el problema surge del conflicto entre resultados financieros y resultados en salud (Regmi, 2010). No obstante, también se reconocen virtudes, por ejemplo, el hecho de tener diversos actores en el sistema permiten mejorar la eficiencia de los procesos y reducir los costos. Sin embargo, la forma en la que el

gobierno central articule los pagos con estas entidades, genera altos costos en el sistema (Magnussen, Tediosi, & Mihalyi, 2007).

En segundo lugar, desde el entorno político la consecuencia de la descentralización, independiente que sea con entidades públicas o privadas, ha traído consigo aumento de poderes políticos locales (Maino, Blomqvist, & Bertianato, 2010). Este fenómeno es más fuerte cuando se va de la mano con la regionalización del territorio ya que por una parte, aumentar los poderes locales permite mayor eficiencia en la toma de decisiones concernientes a cada una de las regiones pero también facilita el empoderamiento de grupos con intereses particulares –y la captura de las instituciones–y, consecuentemente, el fomento de la corrupción (Regmi, 2010).

En tercer lugar se considera una dimensión gerencial. Con respecto a este tema, se destaca el aumento en la eficiencia de los servicios de salud. Esto se da porque la logística asociada requiere un menor grado de complejidad (WHO, 1990), aunque, se ha detectado que los distintos países que han descentralizado sus sistemas han presenciado un aumento en los costos de transacción (Axelsson, Marchildon, & Repullo, 2010).

En cuarto lugar, aunque de primordial interés para el sector, se revisan los resultados clínicos y de equidad de la descentralización. En general, se observa una tendencia de mayor acceso de la gente a los servicios de salud, al igual que aumentos en la equidad y la eficiencia de los servicios. Sin embargo, las experiencias son tan diversas entre países que no son concluyentes (Kinnunen, Danisevski, Deber, & Tulchinsky, 2010). En general se reconoce que el acceso a los servicios de salud ha aumentado considerablemente, empero, los resultados sobre la calidad y la equidad han dependido totalmente del contexto de cada país (Koivusalo, Wyss, & Santana, 2010).

Pues bien, motivados por las crisis financieras, los países de la Unión Europea están de nuevo centralizando sus sistemas de salud (Saltman & Vrangbaek, 2010). Paradójicamente, en casos como México, la descentralización ha coincidido con las crisis (Homedes & Ugalde, 2005). En este caso, se están contrastando dos temas importantes. Por una parte, cuando existe una fuerte descentralización el número de actores involucrados es tan grande que se junta con la multiplicidad de conflictos de intereses trayendo como consecuencia que el gobierno no pueda tener un control efectivo sobre el gasto. En el caso contrario, cuando la centralización es mayoritaria y las realidades nacionales son heterogéneas, los costos asociados al cumplimiento de metas y a la logística involucrada hacen que sea preferible para un país evitar esos costos delegando funciones.

A continuación se describen algunas experiencias internacionales particulares para ilustrar la forma en que algunos países han desarrollado la gestión de la salud.

Argentina.

El actual sistema de salud argentino funciona bajo la lógica del colombiano antes de la reforma la Ley 100, ya que se cuenta con un sistema público, un sistema privado y uno de seguridad social. El primero, de financiación pública, integrado por hospitales y estructuras administrativas nacionales y locales que prestan servicio a quienes no están cubiertos por los seguros; el sistema privado está compuesto por prestadores independientes: empresas de medicina prepagada y cooperativas o mutuales de salud; finalmente el sistema de seguridad social, presta servicios a los trabajadores y sus familias y se organiza por rama de actividad, cuenta también con un instituto de servicio a

jubilados y se organizan mediante Obras Sociales, quienes pueden asociarse con prestadores privados.

De forma similar a lo que sucedía con el Sistema Nacional de Salud Colombiano, una de las principales críticas a este sistema está en torno a la desarticulación no sólo de los subsistemas sino de las jurisdicciones (nacional, provincial y municipal). Puede hablarse de organizaciones heterogéneas que no tienen criterios de cubrimiento, ni de financiamiento similares. El segundo gran problema de este sistema es que es altamente regresivo en la medida que de acuerdo con la Encuesta de Consumo de Hogares del 2005, el 61% del quintil por ingreso más bajo no tiene ningún tipo de cobertura, alguna Obra Social cubre al 64% del quintil más alto y 35% del quintil más bajo. El total de población sin cobertura formal es del 34%, una cifra alta para la fecha.

Por parte del financiamiento se resalta que una parte significativa del gasto total en salud está destinada al gasto privado 36% (siendo en 2006 el 43.8% de este guarismo asociado a pagos de bolsillo y el 51.1% a gastos de aseguramiento privado) el gasto en seguridad social es del 38% y el gasto público del 26%. Ya que Obras Sociales y el servicio público (otorgado a quienes no tienen cobertura formal) cubren aproximadamente el 90% de la población, es deducible la existencia de una relación inversa entre el gasto y el cubrimiento efectivo (Giedion, Villar, & Ávila, 2010).

México

Según Bonilla-Chacín & Aguilera (2012), el sistema mexicano de salud se divide en tres subsistemas que tienen poca coordinación entre sí: el de Seguridad Social, el del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el privado.

El subsistema de Seguridad Social se financia, fundamentalmente, con aportes de trabajadores del sector formal de la economía, empleados estatales y sus respectivos empleadores; existen, además, varias empresas estatales a las que se afilian los individuos, siendo el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el más grande con 42 millones de afiliados (aproximadamente el 37% de la población), seguido por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con cerca de 6 millones de servidores públicos y parientes adscritos (aproximadamente 5% de la población).

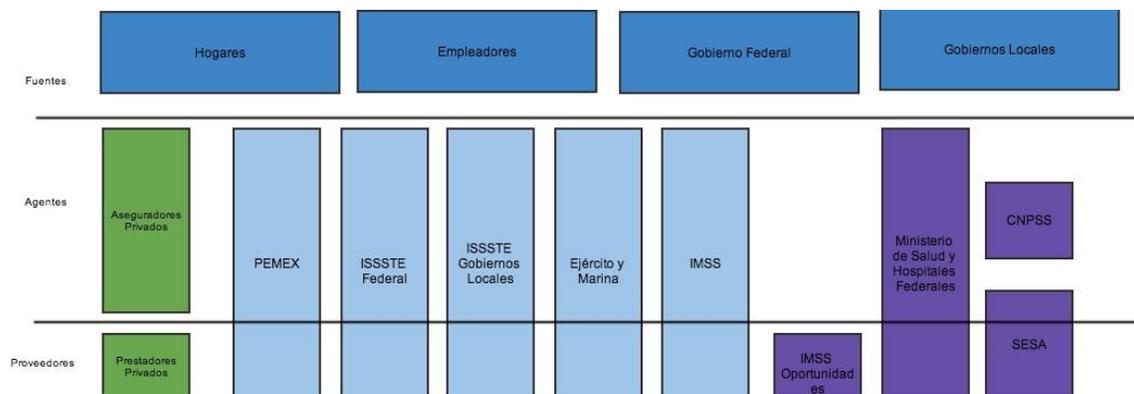
El subsistema de Protección Social, por su parte, es subsidiado por el gobierno federal y cubre a los ciudadanos mexicanos que no pueden acceder a los otros sistemas; actualmente cubre a cerca de 52 millones de personas (aproximadamente 46% de la población).

Finalmente el subsistema privado, al que acceden fundamentalmente individuos de clases privilegiadas que desean servicios más expeditos y de mayor calidad a cambio de una prima. En este régimen se sitúa el remanente de la población mexicana que no hace parte de PEMEX, la compañía estatal petrolera, y tampoco de la Marina y las Fuerzas Armadas – que tienen, cada una, su régimen de salud especial.

En este sentido, podría afirmarse que esta estructura es similar en algunos aspectos a la actual arquitectura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, aunque con la diferencia clave de que el régimen contributivo –de Seguridad Social, en el caso de México- no existen varias aseguradoras sino una pública que es la más relevante de todo el sistema.

Es importante mencionar que los beneficiarios de cada subsistema sólo pueden ser atendidos por los proveedores de servicios pertenecientes a su esquema de protección. De

esa manera, los afiliados al Sistema de Seguridad Social sólo pueden ser atendidos por proveedores que estén asociados a ese sistema. Por otra parte, también es relevante anotar que las instituciones del régimen de Seguridad Social están verticalmente integradas en tanto combinan las figuras del agente pagador y del proveedor de servicios, mientras que las del SPSS actúan como tal pues la provisión de servicios está a cargo de entidades públicas (hospitales) que son manejados por las secretarías regionales de Salud, aquellas mismas que son los entes pagadores.



En verde los agentes privados, azul oscuro las fuentes de financiación, azul claro los agentes de seguridad social y en morado los públicos y de seguridad social.

Figura 1 – Arquitectura institucional del Sistema de Salud Mexicano. Basado en Bonilla-Chacín & Aguilera (2012).

Según Bonilla-Chacín & Aguilera (2012), México gastó 6.3% de su PIB en salud en 2010. La mitad de esa cifra correspondió a gasto de los hogares –fundamentalmente gastos de bolsillo a proveedores privados de drogas y procedimientos- y lo remanente a gasto público distribuido entre el sistema de Seguridad Social, los regímenes especiales, el SPSS y hospitales del nivel federal. Como se mencionó anteriormente, el sistema de Seguridad Social se financia con aportes de los empleados y los empleadores. Todos los trabajadores, sin discriminación alguna, deben pagar el 2,73% de su salario, mientras que la tasa que corresponde a los empleadores varía según la ocupación del empleado -nivel de riesgo profesional- y fluctúa entre 9,93% y 24,43%.

La fragmentación del sistema de salud mexicana tiene implicaciones sobre los paquetes de beneficios que se ofrecen en los diferentes esquemas o subsistemas: el conjunto de tratamientos cubiertos por el SPSS es, por ejemplo, más reducido que el los demás aportantes del sistema de Seguridad Social y otras opciones del sector privado. El paquete de beneficios que ofrece el sistema de Seguridad Social cubre todos los niveles de complejidad –aunque no cuenta con una definición explícita. Por otra parte, según Gómez et al. (2011), los afiliados del SPSS tienen derecho a atención en los dos primeros niveles de atención (284 intervenciones con sus respectivos medicamentos) y a un subconjunto limitado (18 intervenciones) de servicios de salud de elevada complejidad, dentro de las que se incluye el tratamiento para cáncer en niños, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, VIH/SIDA y cataratas. Esta lista es dinámica y se actualiza con nuevos procedimientos de acuerdo a los siguientes criterios: i.) costo-efectividad, ii.) capacidad de que sea pagada,

iii.) protección financiera, iv.) opinión de la comunidad científica, v.) oferta y demanda, y vi.) aceptación social.

Como se ha mencionado con antelación, la integración vertical es una de las características del sistema de salud mexicano: el IMSS, el ISSSTE y las entidades asociadas al SPSS son, de forma simultánea, agentes que pagan y, con su planta física y de empleados, proveen los diferentes servicios de salud a sus empleados. De esta manera, las relaciones entre agentes no aplican pues, precisamente, son una misma entidad. Sin embargo, es importante anotar que este esquema puede generar potenciales ineficiencias por dos motivos: i.) existe duplicación de esfuerzos, en tanto los subsistemas –y en consecuencia los proveedores de los mismos- funcionan sin coordinación alguna y ii.) dado que los mecanismos de pago no están ligados a la prestación de servicios –derivada de la integración vertical-, la compra estratégica e inteligente de los mismos no existe y se dejan de lado posibles ahorros para el sistema como un todo. Lo anterior, sumado a problemas relacionados con corrupción e ineficiencia administrativa, ha contribuido a la crisis financiera que recientemente ha golpeado al IMSS y que ha llevado al gobierno mexicano a presentar un proyecto de reforma en el que se contemplan medidas para aumentar los ingresos de la institución a través del cruce de los aportes de los beneficiarios con los registros de las agencias de impuestos del Estado.

Costa Rica

Según Montenegro (2013), en Costa Rica existe cobertura universal en salud como consecuencia de varias políticas públicas enfocadas en la atención de las necesidades primarias de la población. Estas iniciativas han sido lideradas por la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), que es la institución preponderante en el sistema. La CCSS, que se financia a través de impuestos generales y a la nómina, se encarga de garantizar el derecho constitucional a la atención en salud que todos los habitantes del país tienen. Para ello, opera de forma directa hospitales e instalaciones públicas y, ocasionalmente, compra servicios a terceros. También existe el Instituto Nacional de Seguros (INS), que es estatal y ofrece seguros médicos con cobertura extendida para los ciudadanos que así lo deseen, a cambio de una prima.

Costa Rica gastó 10.9% de su PIB en el sector salud. El 68.1% de esa cifra correspondió a gasto del sector público y el 31.9% remanente a gasto privado –esencialmente pagos fuera de bolsillo. El gasto efectuado por el gobierno se financia a partir de dos fuentes: impuestos generales e impuestos a la nómina. De esta manera, en la primera categoría caben tributos a bienes de lujo, bebidas alcohólicas y gaseosas. El recaudo asociado a estos gravámenes se destina a fundear la salud de las personas que están desempleadas o son demasiado pobres para pagar alguna contribución a la CCSS². Por otra parte, los impuestos a la nómina se cobran a los empleados del sector formal y a los pensionados, tienen tarifas diferenciadas dependiendo del tipo de contribuyente y pueden observarse en la tabla 1. Todos los fondos anteriores se centran en la CCSS y de allí se distribuyen al resto del sistema –siempre estando, dentro de la misma CCSS. El gasto privado constituye una proporción relevante, casi la tercera parte, del gasto total en salud en Costa Rica. En 2010, el 87,2% del gasto privado correspondió a gastos fuera de bolsillo de los hogares, mientras que apenas un

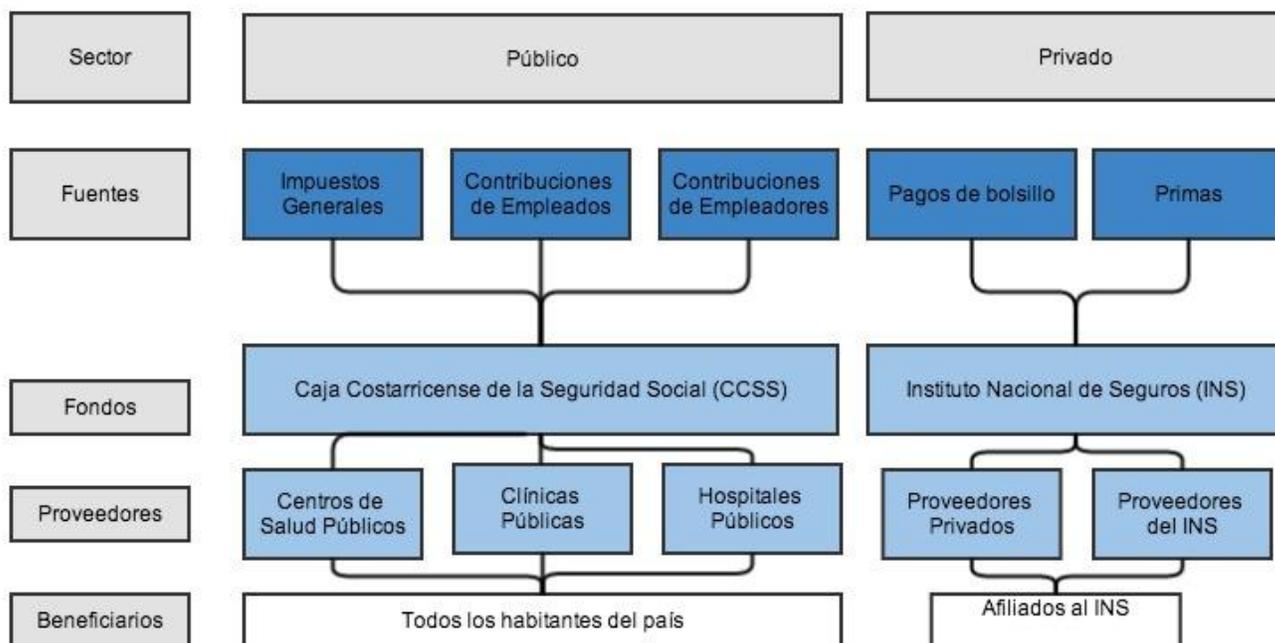
[†] La definición de quién es lo suficientemente pobre para ser eximido del pago de la contribución recae sobre el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS).

7,7% se utilizó para pagar afiliaciones al seguro voluntario del INS. La figura 2 puede ayudar a clarificar la forma en que fluyen los dineros dentro del sistema.

Contribución Porcentual por Tipo de Contribuyente, porcentaje del salario					
Tipo de Seguro de Salud	Empleado	Empleador	Estado	Régimen Pensional	Total
Asalariado	5.5	9.25	0.25		15
Independiente	4.75		5.5		10.25
Voluntario	4.65		5.5		10.15
Retirado (Contribuyente)	5		0.25	8.75	14
Retirado (No Contribuyente)			0.25	13.75	14
Asegurado por el Estado			14		14

Tabla 1 Repartición del gasto en salud en Costa Rica (Montenegro, 2013)

Los buenos resultados que reporta Costa Rica en términos de salud pública, sin embargo, no han sido equivalentes en el ámbito financiero del sistema de seguridad social pues este no es financieramente sostenible. Existen varias razones que explican lo anterior: en primer lugar, el país ha estado experimentando una acelerada transición demográfica que se ha caracterizado por una caída en la tasa de dependencia y un aumento relativo en la población más vieja, cuya atención es más compleja y costosa. En segundo lugar, los gastos operacionales de la CCSS –especialmente los de nómina- han crecido mucho más rápido que los ingresos y un control de costos parece complicado en tanto existen sindicatos de médicos y profesionales de la salud que, por motivos que sobra mencionar, se opondrían y llamarían a paros. Y, finalmente, no existen sistemas de información unificados que permitan medir e incentivar a los hospitales y prestadores de servicios que cumplan con su labor de manera eficiente. De forma paralela, las fuentes de ingresos han permanecido inalteradas.



En azul oscuro, fuentes de fondos y en azul claro, fondos y proveedores.

Figura 2 Flujo de recursos del sistema de salud – Montenegro (2013)

Según Montenegro (2013), en Costa Rica no existe una delimitación clara del paquete de beneficios al que tienen derecho los ciudadanos costarricenses. Al contrario y como puede notarse en la siguiente lista, los tratamientos y servicios a los que los beneficiarios tienen derecho es bastante difusa:

- Promoción y prevención en temas de salud, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.
- Servicios de salud especializados y de cirugía
- Servicios de salud en hospitales y fuera de ellos.
- Medicinas
- Procedimientos diagnósticos
- Dentistería
- Asistencia social para individuos y dependientes
- Bono en efectivo en caso de invalidez.
- Apoyo financiero para servicios funerales.

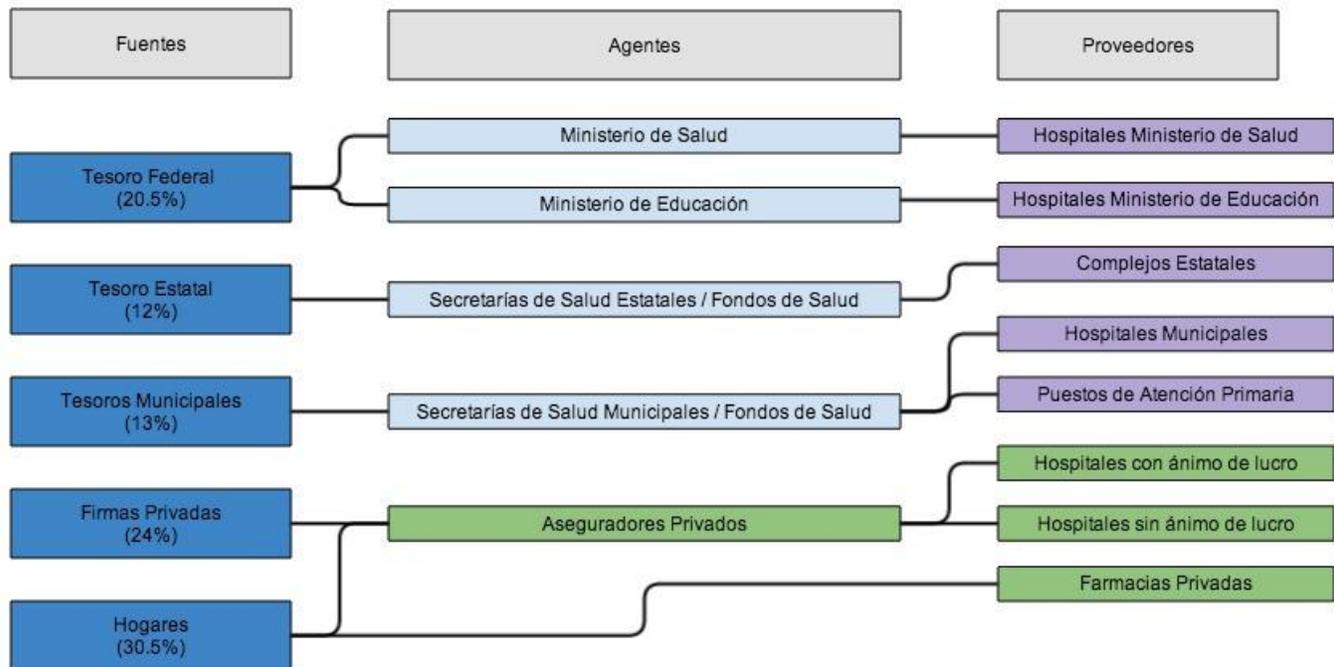
Al igual que en Colombia, esta vaga definición ha dado origen a litigios y demandas en la Corte Suprema. Por otra parte, si bien no existen limitaciones *de jure* a los beneficios, existe racionamiento de facto en tanto se registran largas listas de espera para acceder a los servicios de salud.

Finalmente la CCSS integra verticalmente todas las etapas de la prestación del servicio de salud: paga, compra y opera. Esto implica que los problemas mencionados y reseñados en el caso mexicano son también relevantes.

Brasil

Según Couttolenc & Dmytrzenko (2013), después de la Constitución de 1988 y como resultado de diferentes procesos sociales que buscaban una mayor inclusión social tras más de dos décadas de gobiernos militares, en Brasil se estableció que todos los ciudadanos tienen derecho a la salud y que es obligación del Estado velar por su goce efectivo. Para ello se creó el Sistema Único de Saúde (Sistema Único de Salud), que es público, al cual tienen acceso todos los ciudadanos brasileños, se financia con impuestos generales y es coordinado por el Ministerio de Salud. No obstante lo anterior, la ejecución –la prestación del servicio de salud- es descentralizada hasta el nivel municipal a través de contratos entre el gobierno federal y las oficinas locales de salud –o sus respectivos hospitales- que tienen estipuladas de forma explícita responsabilidades de cada una de las partes y mecanismos de pago ligados a desempeño y el cumplimiento de metas previamente acordadas. De forma paralela existen servicios de aseguramiento opcionales y proveedores de carácter privado que son jugadores importantes sólo en el segundo y tercer nivel de complejidad. Es importante mencionar que, al igual que en el caso argentino, los aseguradores privados sólo tienen relaciones comerciales con proveedores, también, privados.

En 2011, Brasil gastó 8.8% del PIB en salud. Como se mencionó en el acápite anterior, el Sistema Único de Salud es público y se financia con impuestos generales que llegan a las regiones a través de transferencias del Gobierno Federal o que se derivan de la capacidad misma de recaudo de los entes territoriales. Como puede notarse en la figura 3, del gasto total en salud, el 20.5% corresponde al gobierno federal, 12% a los gobiernos estatales, 13% a los gobiernos municipales, el 24% a firmas privadas –que, por ejemplo, compran seguros para sus empleados- y el remanente 30.5% a los hogares. Es importante mencionar que existe una obligación constitucional del gobierno federal y de sus contrapartes estatales y locales para financiar el Sistema Único de Salud: el primero debe destinar entre el 6 y el 7% de sus ingresos brutos de impuestos, los segundos y terceros entre 12 y 15% de sus ingresos netos.



En azul oscuro, las fuentes de financiación. En azul claro, los agentes públicos y en verde los agentes y proveedores privados. En morado, los prestadores públicos. Las conexiones implican flujos de recursos importantes.

Figura 2 Flujo de recursos del sistema de salud brasileño (Couttolenc & Dmytraczenko, 2013)

Según Couttolenc & Dmytraczenko (2013), el paquete de beneficios al que tienen acceso los brasileños en el Sistema Único de Salud ha evolucionado en el tiempo. Este se caracteriza, sin embargo, por ser una lista inclusiva –es decir, no es negativa, ni con exclusiones claras– y es definida por el Ministerio de Salud en consenso con las Secretarías de Salud estatales y municipales con criterios de “costo-efectividad”. Sin embargo, no existe una medida clara de lo anterior y tampoco suelen hacerse evaluaciones de costos y efectos cuando se modifica el plan de beneficios. En resumen, si bien existe una lista de beneficios que incluye el tratamiento de enfermedades como la hipertensión y la diabetes, no hay un criterio que defina hasta dónde cubre el Sistema Único de Salud. De forma similar a lo que sucede en Colombia, esta falta de claridad ha redundado en demandas en las Cortes que buscan la financiación, con dineros públicos, de tratamientos y tragedias privadas.

Como puede notarse en la figura 3, la mayoría de los prestadores de servicio son de carácter público y se financian con los pagos[‡] que reciben de las diferentes entidades territoriales. Sin embargo, también existen prestadores de servicios privados que se relacionan fundamentalmente con aseguradoras privadas y, ocasionalmente, con entidades territoriales. Esta relación ocasional se justifica en que algunos servicios de elevados niveles de complejidad no se pueden prestar en los hospitales que hacen parte de la correspondiente red pública. Una cuantificación de las anteriores relaciones se presenta a continuación:

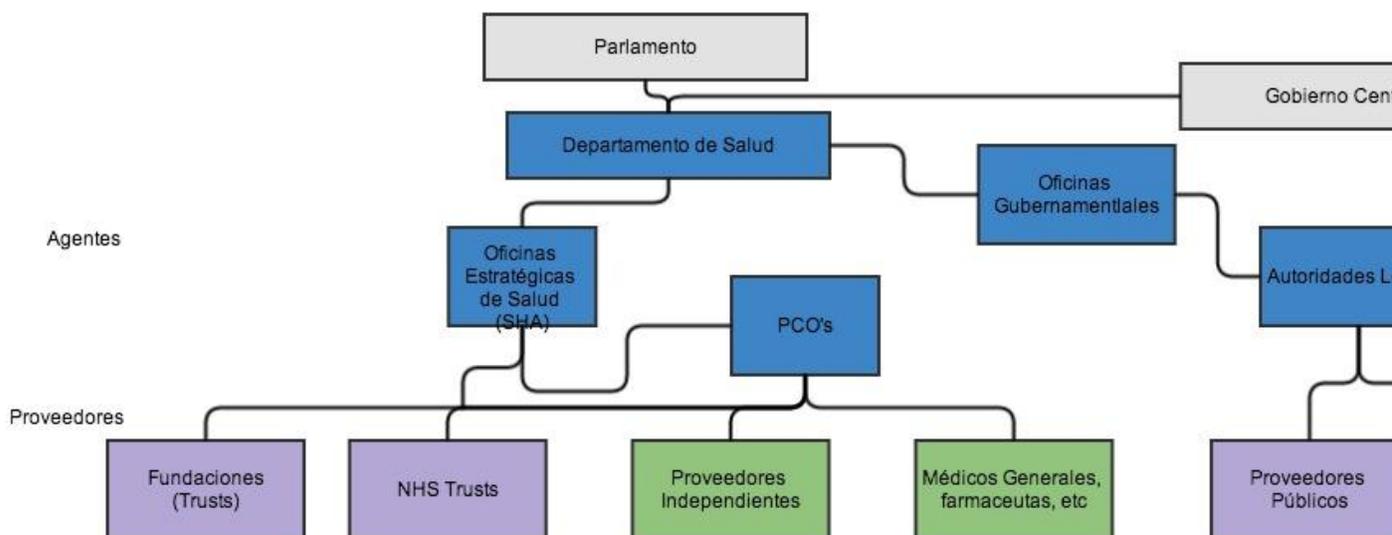
[‡] Los mecanismos de pagos para hospitales públicos son una mezcla de presupuestos descentralizados, un presupuesto global prospectivo y pagos prospectivos por evento (Econex, 2010). Más detalles sobre la forma de organizar los presupuestos se puede encontrar en la siguiente página.

- Servicios financiados y prestados por entidades públicas: 65% de las consultas médicas y 35% de los servicios que requieren internarse en un hospital.
- Servicios financiados por el Sistema Único de Salud y prestados por entidades privadas: 10% de las consultas médicas y 27% de los servicios que requieren internarse en un hospital.
- Servicios financiados y prestados por entidades privadas: 25% de las consultas médicas y 38% de los servicios que requieren internarse en un hospital.

Es importante resaltar que la mayoría de los servicios del primer nivel de complejidad son provistos por hospitales públicos e instituciones de las entidades territoriales. Estos agentes reciben pagos vinculados a resultados de cobertura y de rendimiento. El sector privado, por su lado, juega un rol relevante en la prestación de servicios especializados y de diagnóstico pues, si bien muchos de estos están cubiertos en el paquete de beneficios al que tienen derecho todos los brasileros, los usuarios suelen optar por remitirse a prestadores privados ya que los sistemas de referencia y remisión público son deficientes e impiden un acceso oportuno al sistema de salud. Por otra parte, los servicios de cuidados hospitalarios más sencillos son provistos por el sector privado, mientras que los de mayor nivel de complejidad, como trasplantes de órganos, son proporcionados por hospitales públicos – especialmente aquellos asociados al Ministerio de Educación. En estos niveles el método de pago utilizado es el de caso o de Diagnosis Related Group (DRC, Grupo Diagnóstico Relacionado).

Inglaterra

Según Boyle (2011), el sistema de salud en Inglaterra es fundamentalmente público en tanto toda la población residente está cubierta y el rol del sector privado es limitado: sólo el 13% de la población tiene un seguro voluntario y este se caracteriza por tener una cobertura reducida, aunque con tiempos de espera menores que en los hospitales públicos. La entidad pública preponderante en el sistema es el National Health Service (NHS, Servicio Nacional de Salud) y sus contratistas se encargan de prestar los servicios a los pacientes. El comisionamiento, sin embargo, se da desde el Departamento de Salud que, a nivel regional, opera a través de 10 Strategic Health Authorities (SHA, Autoridades Estratégicas de Salud) y cuya función principal es asegurar la calidad del servicio de salud en un espacio determinado. A su vez, a un nivel más local y jerárquicamente dependientes de las SHA, se desprenden 151 Primary Care Trusts (PCT, Fideicomisos de Cuidado Primario) que se encargan de comisionar y pagar, tanto a los operadores del NHS como a eventuales proveedores privados, los servicios en un área geográfica definida. Estas últimas entidades controlan cerca del 80% del presupuesto del NHS y cada una recibe un pago capitado ponderado por indicadores de salud, desempeño y costos de prestación del servicio. La fuente de financiación primaria del NHS son giros del Tesoro británico que se negocian cada dos años de forma centralizada entre el Departamento del Tesoro y el Departamento de Salud. Adicionalmente, existen otras fuentes de ingreso como contribuciones salariales y co-pagos.



Como es usual, en azul oscuro los agentes –todos públicos, en verde los proveedores privados y en morado los proveedores públicos.

Figura 3 Arquitectura institucional del sistema de salud inglés (Boyle, 2011)

La principal fuente de ingresos del NHS son los giros que realiza el Tesoro británico al fondo consolidado del NHS, que se derivan de impuestos generales sin destinación específica (renta, impuesto al valor agregado, etc). En el año fiscal 2006-2007, estos fueron equivalentes al 78.2% de los ingresos de la entidad. Existen otras fuentes como contribuciones salariales –de empleados y empleadores- a fondos de la seguridad social que son gastados también por el NHS –y equivalen a cerca del 18% del recaudo de la institución. Es importante resaltar que el monto de los co-pagos y del gasto privado en salud es bastante pequeño. Esto puede notarse con facilidad en la tabla 2, donde se evidencia que en 2008, del gasto total en salud en el Reino Unido apenas el 17.4% correspondió a gasto privado y sólo 1.2% a cargos de aseguramiento privado.

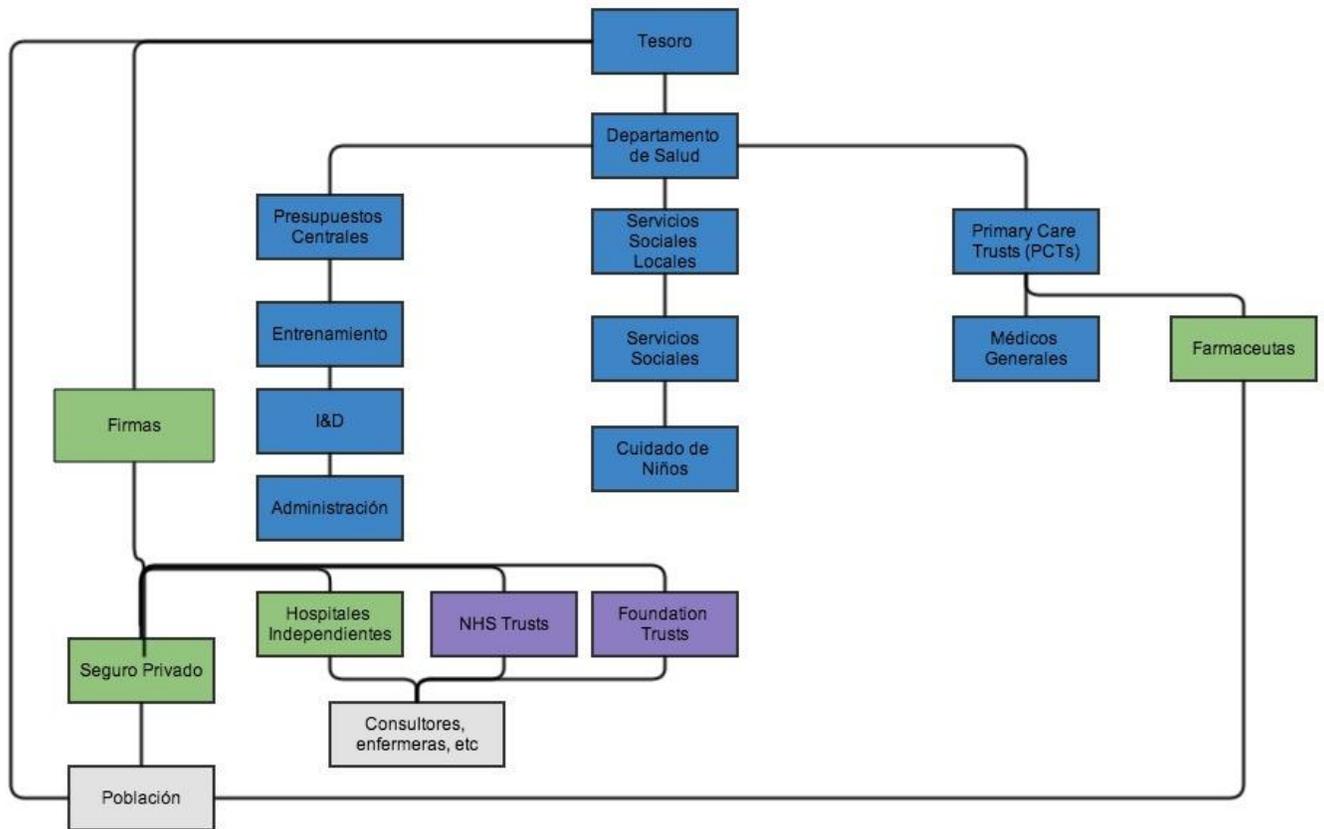
Tendencias en el gasto de salud en el Reino Unido, 1980 - 2008

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Gasto Total en Salud (% del PIB)	5.6	5.8	5.9	6.8	7	8.3	8.7
Gasto Total en salud per cápita (£)	231	369	586	863	1168	1719	1852
Gasto Total en salud per cápita (Dólares ajustados por	468	689	960	1347	1837	2701	3129

PPA)

Gasto Público en Salud (% del total)	89.4	85.8	83.6	83.9	79.3	81.9	82.6
Gasto Privado en Salud (% del total)	10.6	14.2	16.4	16.1	20.7	18.1	17.4
Gastos de bolsillo (% del gasto total en salud)	8.6	na	10.6	10.9	13.4	11.8	11.1
Aseguramiento Privado (% del gasto en Salud)	1.3	2.5	3.3	3.2	1.6	1.4	1.2

Tabla 2 Tendencias en el gasto en salud (Boyle, 2011)



En azul oscuro, están los agentes públicos. En verde, los agentes y prestadores de servicios privados. En morado, los prestadores públicos.

Tabla 3 Flujograma de recursos de la salud (Boyle, 2011)

Según Boyle (2011), los usuarios del NHS no cuentan con una delimitación clara de los beneficios a los que tienen derecho. Al contrario, el Secretario de Estado para la Salud –el equivalente al Ministro de Salud en Colombia- tiene la obligación de proveer el servicio “tanto como sea necesario para cumplir con los requerimientos razonables”. La decisión que determina qué es razonable y qué no lo es tomada, a nivel local, por las SHA y los PCT. No obstante lo anterior, en el nivel central, a través del Departamento de Salud, pueden determinarse exclusiones mayores y generales de determinados servicios de salud. En lo referente a los medicamentos, sí existen algunos límites de prescripción: existen dos listas de drogas que i.) no pueden ser prescritas y reclamadas a través del NHS y ii.) que únicamente pueden ser prescritas bajo estrictas circunstancias. Por otra parte, los beneficios a los que tienen derecho los compradores de seguros privados se especifican ex-ante, a través de un contrato que incluye, además, el monto de la prima a pagar.

Hasta finales de los años noventa el NHS era una entidad integrada verticalmente, lo que redundó en largas listas de espera y problemas de eficiencia similares a los ya mencionados en algunos casos anteriores⁵. A partir de 2003 se implementó un esquema en el que los entes pagadores o comisionados (SHA y PCT) pagan a los prestadores del servicio, es decir

⁵ El principal problema identificado era la falta de conexión entre actividad médica efectivamente prestada y el monto pagado a los hospitales de la red del NHS

hospitales gerenciados por el NHS, de acuerdo a una tarifa regulada y estandarizada a nivel regional –que refleja diferencias en los costos de proveer los servicios entre diferentes regiones- y bajo la metodología Payment by Results (PbR, Pago por Resultados), que no es otra cosa que pagar basado en los servicios efectivamente prestados por un proveedor dado. Es relevante anotar, además, que cualquier entidad privada que pueda encargarse de proveer alguna asistencia de salubridad y de aceptar la tarifa que el NHS paga, puede inscribirse a la red del NHS y, si algún usuario lo desea, prestarle la ayuda correspondiente. Finalmente, no puede dejarse pasar el hecho de que, dadas las limitaciones fiscales y con el objeto de incrementar la oferta de servicios de salud, en el año 2000 se implementó la Private Finance Initiative (PFI, Iniciativa Financiera Privada) que fomenta la construcción y desarrollo de hospitales privados con la garantía de un contrato de servicios con el NHS por hasta 30 años.

Francia

Según Bidgood (2013), el sistema de salud en Francia se caracteriza por preponderancia del sistema público de aseguramiento y la cobertura universal que garantiza a sus ciudadanos.

El Statutory Health Insurance (SHI, Seguridad Social o Sécurité Sociale) es el esquema principal donde está incluida toda la población. Se financia a través de aportes mensuales de empleados y empleadores, impuestos de destinación específica y subsidios gubernamentales que garantizan el pago del seguro –es gratis- a los más pobres. Al SHI pertenecen tres grandes fondos de seguro: El Fondo Público para Empleados Asalariados (CNAMTS), al cual está afiliado cerca del 87% de los cotizantes y se divide en 105 fondos públicos y 16 regionales que se encargan de la gestión de pago y acceso de los usuarios. En segundo lugar, está el Fondo Social Agrícola, en el cual están registrados los empleados del sector agrícola. Y, en tercera instancia, está el Régimen Social para Independientes (RSI) que agrupa a los trabajadores por cuenta propia. Es importante señalar que cerca del 7% de la población francesa es elegible para un conjunto de subsidios (CMU) que eliminan los copagos –que son generalizados para el resto de la población- y subsidian los aportes a los fondos de aseguramiento. En 2004, estos tres grandes fondos se asociaron y crearon el National Health Insurance Funds (NHIF) que se encarga de negociar de forma centralizada, con los diferentes proveedores, los precios a los cuales se pagan los diferentes servicios de salud. Es importante señalar que, de forma paralela al esquema de aseguramiento público, existe uno privado que, a diferencia de lo que se observa en otros sistemas de salud, no tiene como función proveer médicos de élite o acortar el tiempo de espera para la provisión de procedimientos sino cubrir los co-pagos a los que están sujetos los usuarios del sistema. Estos, si bien no son elevados, si son sistemáticos. El carácter prestación del servicio, por otra parte, es mixto pues existen proveedores tanto públicos como privados. En suma, puede decirse que en Francia la cobertura privada es complementaria a la pública –a diferencia de lo observado en algunos de los casos revisados previamente, donde es suplementaria.

El esquema de financiamiento del sistema francés de salud consiste en impuestos que debe pagar el empleado (0,75% de los ingresos brutos + 7.5% de los ingresos brutos como Contribución a la Seguridad Social –CSG-), el empleador (12.8% del salario) y algunos impuestos a bienes como el tabaco y el alcohol. Los dos primeros renglones de recaudo equivalen al 87% de los ingresos públicos del sistema. La distribución, para 2007.

Como puede notarse, además, en 2007 cerca del 20% del gasto correspondió a pagos privados: 13% a pagos por primas de aseguramiento y 7% a co-pagos no cubiertos por los seguros privados. En Francia existe una lista positiva de servicios ambulatorios; para los

que requieren hospitalización, existe una lista de procedimientos DRG reembolsables y se entiende esa lista como la cobertura del sistema en casos que requieran hospitalización. Tratamientos estéticos y experimentales no están incluidos.

Categorías de bienes y servicios	Tasa de reembolso (%)
Cuidado del paciente	80
Visita al doctor	70
Cuidado dental	70
Auxiliar médico	60
Laboratorio	60
Farmacéutica	15, 35, 65 o 100

Tabla 4 Ejemplos de reembolso (Bidgood, 2013)

De forma similar al sistema que existe en Alemania, los servicios ambulatorios son pagados bajo la modalidad de Fee for Service (FFS, Pago por Servicio) que opera de una forma particular: cada paciente tiene una tarjeta, la *carte vital*, que los identifica como beneficiarios del sistema de salud. Al visitar al doctor, deben pasar la tarjeta y, de forma inmediata, le es aplicado un descuento de la tarifa que el médico cobra –y que es pagado por el respectivo fondo al que esté afiliado el individuo-, debiendo ser el remanente cubierto por la persona y que equivale a un co-pago. Por otra parte, los tratamientos no ambulatorios se pagan a través del sistema de paquete diagnóstico o Diagnosis Related Group (DRG, Grupo de Paquete Diagnóstico).

Tailandia

Según Jongudomsuk et. Al (2010), el sistema tailandés de salud se caracteriza por proveer cobertura universal y por dividirse en tres subsistemas de aseguramiento público, paralelos a un pequeño sector de aseguramiento privado. En primer lugar, está el Civil Servant Medical Benefit Scheme (CSMBS, Esquema de Beneficios Médicos de Servidores Públicos) que cubre a servidores públicos, sus esposas, padres y hasta dos hijos menores de 20 años –y que equivalen a cerca del 9% de la población. Este se financia con impuestos generales y contribuciones de los empleados de su salario. En segunda instancia se encuentra el Social

Health Insurance (SHI, Seguro Social de Salud), que incluye a trabajadores del sector privado –alrededor del 16% de la población- y se financia a través de contribuciones simétricas de empleadores, empleados y el gobierno central. En tercer lugar, se encuentra el Universal Coverage (UC, Cobertura Universal) que incluye al resto de la población que no es cubierta por el SHI o por el CSMBS. El 75% de los residentes de Tailandia se encuentra en este último esquema, que es financiado con impuestos generales. Y, finalmente, existen aseguradoras privadas pero apenas controlan el 7% del gasto total en salud. Es importante mencionar que los agentes comisionadores o compradores de servicios (los fondos aseguradores) no están verticalmente integrados con los proveedores de servicios, que son tanto públicos como privados y compiten entre sí. Al respecto, es preciso subrayar que la oferta es mayoritariamente pública, el 81% del volumen de pacientes que requieren cuidado e internación hospitalaria va a proveedores que no son privados. No obstante lo anterior, los hospitales privados -si bien tratan poco menos que la cuarta parte del volumen de pacientes- se quedan con el 38% en la medida que facturan servicios más costosos.

En 2008 y como puede notarse en la tabla 6, Tailandia gastó 4.2% de su PIB en el sector de salud. Adicionalmente, como puede notarse en la figura 8, la financiación del sistema de salud tailandés es eminentemente pública: en 2008, los aportes, tanto del gobierno central como de los locales, sumó 69%, mientras que el restante 31% correspondió a gastos fuera de bolsillo (18%, esencialmente co-pagos derivados de la compra de medicamentos en farmacias no públicas o dirigirse de forma directa, sin remisión previa, a hospitales de niveles de complejidad elevados), seguros privados (7%) y contribuciones al SHI (6% del gasto total, y distribuidos de forma igual entre empleados, empleadores y gobierno -1.5% del salario bruto cada uno-). Esta distribución es, sin embargo, relativamente reciente en tanto hace apenas una década, y como puede observarse en la figura 20, las cargas entre financiación pública y privada estaban casi igualadas. Este fenómeno se explica en los esfuerzos para incrementar cobertura que se materializaron con la expansión del UC, que se sostiene de forma exclusiva con fondos públicos.

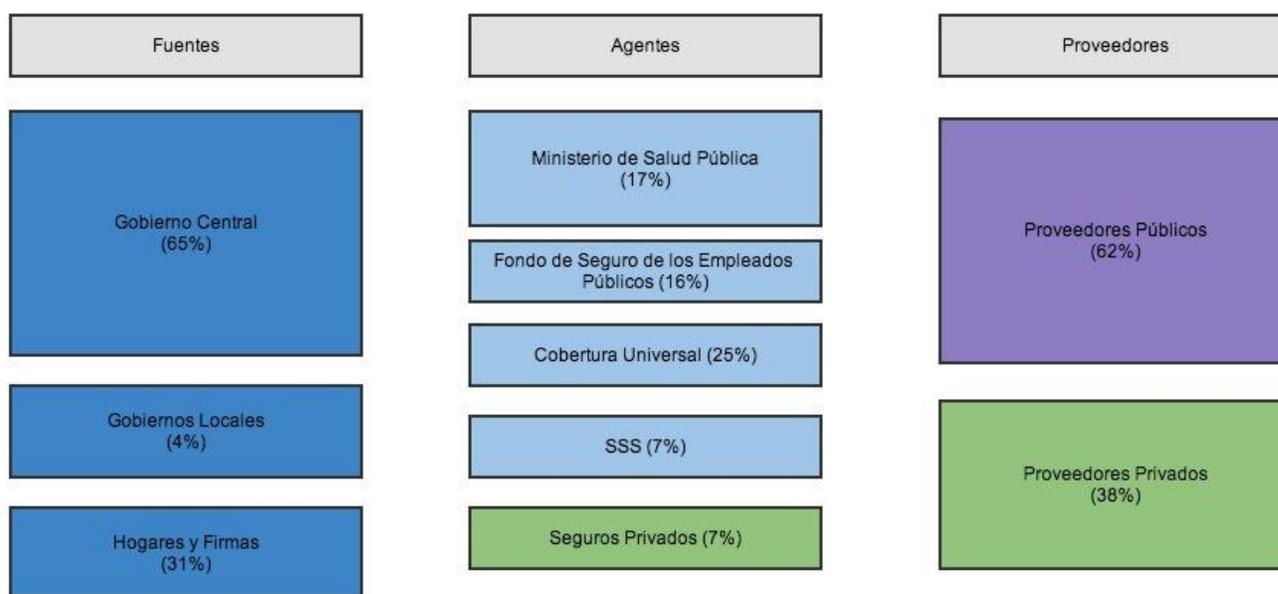


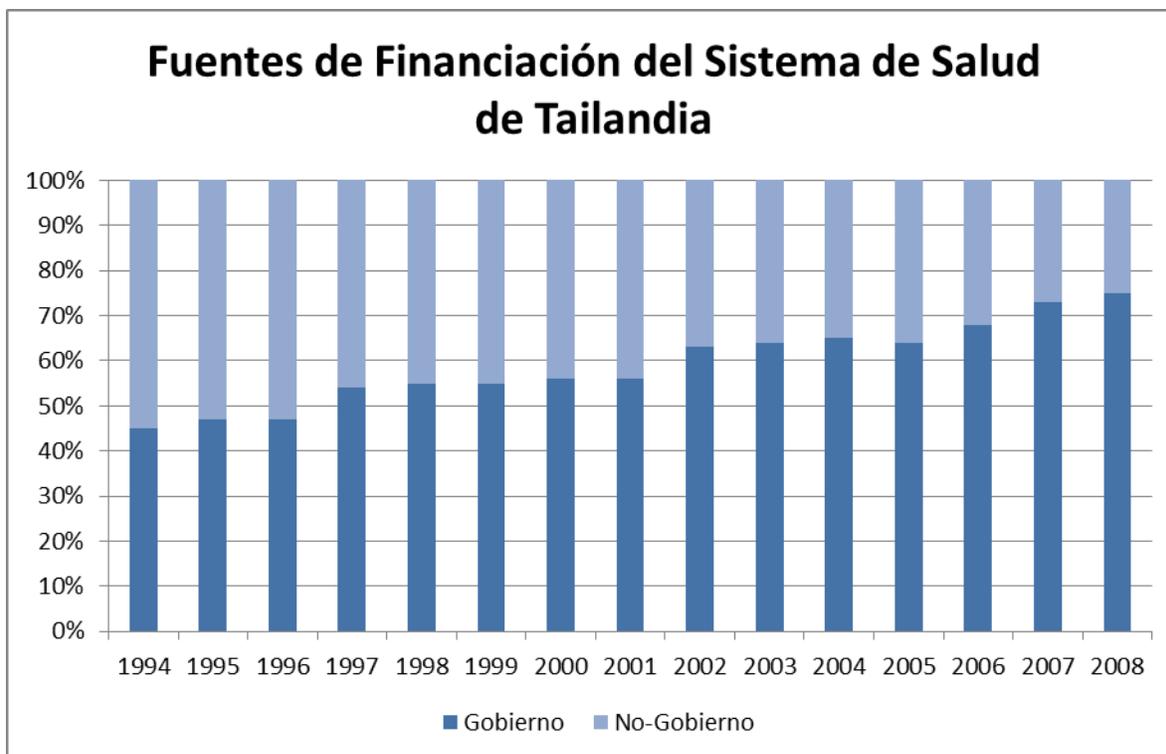
Figura 4 Actores principales y participación en el gasto del Sistema de Salud de Tailandia (Jongudomsuk & et al., 2010)

Tendencias del gasto en salud en Tailandia

	1994	1997	2001	2002	2005	2006	2007	2008
Gasto Total en Salud (millones de Bahts)	127655	189143	170203	201679	251693	291294	315533	363771
Gasto Total en Salud (% del PIB)	3.5	4	3.3	3.7	3.5	3.7	3.7	4.2
Gasto Total en Salud de agencias públicas (millones de Bahts)	56885	101937	95779	127534	161282	197342	230056	272203
Gasto Total en Salud de agencias privadas (millones de Bahts)	70771	87206	74424	74146	90411	93453	85476	91568
Gasto Total en Salud de agencias públicas (% del total)	45	54	56	63	64	68	73	75
Gasto Total en Salud de	55	46	44	37	36	32	27	25

agencias privadas (% del total)								
Gasto Total en Salud per cápita (bahts)	2160	3110	2732	3211	4032	4636	5005	5739
Gasto Total en Salud per cápita (dólares)	86	99	61	74	100	122	144	171
Tasa de Cambio (Bahts por dólar)	25	31	45	43	40	38	35	33

Tabla 5 Indicadores del gasto total en salud



Gráfica 1 Repartición del gasto en salud

El paquete de beneficios del CSMBS incluye servicios ambulatorios y de hospitalización, servicios médicos y quirúrgicos, servicios de emergencia, operaciones, servicios de salud y medicamentos costosos. Sin embargo, el paquete de beneficios excluye algunos servicios, como la cirugía estética y servicios de prevención, con excepción de la salud chequeo anual. En suma, es una lista positiva con algunas exclusiones delimitadas (Jongudomsuk & et al., 2010).

El acceso a proveedores y a servicios varía de acuerdo al régimen al que cada individuo esté afiliado. De igual manera, la forma en la que se relacionan los comisionados (pagadores) y los prestadores depende del subsistema dentro del que se desarrolle una transacción de salud. Así pues, en el CSMBS, por ejemplo, los pacientes tienen la libertad de elegir qué proveedor público los va a atender. En este esquema, el modo de pago no es único: para eventos que no requieren hospitalización se paga de la modalidad Fee For Service (Cargo por servicio), mientras que para los que sí requieren se cancela por grupo diagnóstico. Por otra parte, en el SHI los pacientes pueden escoger entre proveedores públicos y privados que tengan un contrato con el asegurador. Además, se paga a los proveedores un monto capitado con ajustes adicionales por tratamientos de alto costo, emergencias y porcentaje de utilización. Finalmente, en el UC los pacientes deben registrarse en la red de servicios de cuidado primario del distrito de salud en el que habitan y pueden acceder únicamente a esa red; si van a otra red, deben pagar una tarifa plena –con la excepción de haber sido remitidos por la respectiva Oficina Provincial de Salud. Este régimen paga un monto capitado para pacientes que no requieren hospitalización, una fracción de presupuesto previamente asignada y paquetes diagnósticos para los que requieren ser internados.

Esquema de Población Població Fuente de Mode de Acceso al

Aseguramiento	Cubierta	n Cubierta (%)	Financiación	pago al proveedor	servicio
Esquema de Beneficios Médicos para Servidores Civiles	Empleados del gobierno y sus dependientes (padres, esposa y hasta dos hijos menores de 20 años).	9%	Impuestos generales, esquema no contributivo	Cargo por servicio, desembolsos directos a la mayoría de proveedores públicos y paquete diagnóstico para cuidados que requieren internado.	Escogencia libre de proveedores públicos, sin necesidad de registrarse previamente.
Seguro Social de Salud	Empleados del sector privado, excluyendo dependientes.	16	Contribución tripartita, compartida en cargas iguales por el empleado, el empleador y el gobierno.	Pago por capitación con cargos adicionales por accidentes y eventos de alto costo.	Proveedores privados y públicos debidamente registrados que compiten entre sí.
Cobertura Universal	El resto de la población	75	Impuestos generales	Capitación para cuidados que no requieren internado y presupuesto global y paquetes diagnósticos para los cuidados que requieren	Contratista registrado, esencialmente el sistema de salud del distrito sanitario.

Tabla 6 Características de los esquemas de aseguramiento (Jongudomsuk & et al., 2010)

Venezuela

El sector salud venezolano está conformado por un sector público y sector privado, en el público se encuentran las entidades centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), el Instituto Venezolano de Seguros Sociales IVSS, Instituto de Previsión Asistencia Social de las Fuerzas Armadas y el Instituto de Previsión Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME) que en 1999 se organizan en el Sistema Público Nacional de Salud. Los servicios del MSDS se financian con recursos del gobierno central (hospitales), el IVSS con cotizaciones sobre el ingreso laboral y las entidades especiales con aportes de sus trabajadores. Aunque la Constitución establece que el SPNS debe ser financiado por el Estado mediante recursos fiscales y aportes obligatorios a seguridad social a 2010 el Fondo Nacional de Salud que distribuye los recursos no ha sido creado.

En cifras y en un panorama muy similar al de Brasil se encuentra que la tasa de mortalidad general en Venezuela, durante el período 1990-2007 ha tenido una tendencia estacionaria o lineal, con un leve ascenso, se suma un escenario preocupante en enfermedades epidemiológicas y se resalta el aumento de la esperanza de vida, y la disminución de la natalidad además del control de otras enfermedades epidémicas, aunque estas pueden ser atribuidas a una tendencia mundial.

El mayor problema del SNPS está dado por la institucionalidad, ya que hay inestabilidad e incertidumbre frente al funcionamiento legal y financiero del sistema: por un lado se tiene que la nueva Constitución Política de 1999 -que crea el SPNS- limita las posibilidades de innovaciones al considerar los bienes y servicios públicos de salud como propiedad exclusiva del Estado, por otra parte y como se estableció en el anterior inciso, no se han presentado propuestas concretas de financiamiento.

En 2003 se crea “Misión Barrio Adentro”, que apunta a un Modelo de Atención Integral, institucionalmente la aparición de este programa ha contribuido con la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, y que ahonda en el uso ineficiente de recursos. (Bonvecchio, Becerril, Carriedo, & Landaeta, 2011)

Por otra parte, el análisis sobre cobertura de los diferentes servicios y sobre los diferentes diagnósticos se complica debido a la inexistencia de un consolidado de información ya que cada entidad cuenta con sistemas propios de registro poco confiables.

Este último dato evidencia el análisis de la Cámara de Comercio de Maracaibo: *“Son innumerables los problemas por los que atraviesan los centros de salud pública. Falta de insumos básicos, infraestructura y equipamiento deficientes, personal médico y asistencial mal pagado y desmotivado, presupuesto insuficiente y fuga de talentos, son algunos de los problemas por lo que atraviesa el sistema público de salud”* (Camara de Comercio de Maracaibo, 2011).

4.2.

4.3. ***Experiencias nacionales***

Es importante iniciar esta sección mencionando que en Colombia se ha tenido experiencia en una gestión de salud centralizada por parte del Estado, al igual que en una gestión descentralizada. Estas se dividen, cronológicamente, antes y después de la Ley 100 de 1993.

Antes de la reforma de la Ley 100 de 1993, que cambia con el sistema pensional y de seguridad social del país, se tenía un modelo en el cual el Estado actuaba a manera de monopolio en la provisión del servicio de salud. Esto llevó a muchos problemas de orden económico, social y que resultó siendo insatisfactorio respecto a los mismos fines de creación.

Este modelo era conocido como el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se creó a finales de los años sesenta en el gobierno de Carlos Lleras Restrepo mediante Decreto N° 2470 del 25 de septiembre de 1968, “por el cual se reorganiza el Ministerio de Salud Pública” y se crea el SNS como el conjunto de organismos que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad. Aunque es hasta 1975 que mediante el Decreto Ley N° 526 se establece la reglamentación para el sistema y sus “subsistemas”. Estos subsistemas eran:

- Subsistema de seguridad social: al que pertenecían los trabajadores formales tanto de sector público y privado y cuya atención correspondía al Instituto de los Seguros Sociales y las Cajas de Previsión Públicas.
- Subsistema público: dirigido a los no asegurados en el subsistema de seguridad social, atendido por Hospitales Públicos.
- Subsector privado: orientados a aquellos que podían pagar sus propios servicios y conformado por Prestadores y Aseguradores privados entre los que se destacaban los hospitales privados, la naciente Medicina Prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud.

Según el estudio de la Organización Panamericana de Salud *“El desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) fue difícil desde su constitución en 1975. Los problemas y obstáculos identificados en los debates de su formulación no irían a desaparecer en poco tiempo. Por el contrario, parecían profundizarse. Los tres subsectores que constituían formalmente el Sistema, esto es, el oficial, el de seguridad social y el privado, avanzaron cada uno por su lado, a su ritmo, según sus posibilidades”* (Organización Panamericana de la Salud, 2002)

En esta parte de trabajo, se mostrará por qué el Estado tuvo un rendimiento deficiente como “único” proveedor de salud y estos problemas desembocan en la llegada de la Ley 100 de 1993 que descentraliza el sistema de salud colombiano. El análisis se realizará a través de la revisión de los componentes de equidad, financiamiento e institucionalidad.

Financiamiento

Por el lado de financiamiento se tenían grandes inconvenientes. El principal concierne a altos costos para el Estado, ya que sobre él recaía el total del sistema. El segundo problema estaba en la ineficiencia de este financiamiento -tanto así que se realizaron múltiples recomendaciones por parte de organismos multilaterales para pensar en una provisión privada parcial.

Para pertenecer al seguro social, los trabajadores debían cotizar una tercera parte del 7% de sus ingresos laborales; en algunas regiones donde se registraban pocos afiliados, se extendió la cobertura al total de la familia del trabajador y se cotizaba al 12%. En las Cajas de Previsión -para cubrir salud y pensiones de los trabajadores del sector público- se cotizaba un 5%. El resto de los costos debían ser asumidos por el Estado, el cual

prácticamente financiaba los presupuestos de las cajas, e inclusive en algunas entidades, y por presión sindical, no se hacía ningún tipo de aporte por parte de los trabajadores.

Por otra parte, también se presentaba concentración en el gasto -el 61% del total de los recursos destinados a la prestación del servicio iba dirigido al 16% de la población afiliada a las instituciones de seguridad social- e ineficiencia en la distribución del presupuesto por parte del Gobierno Central a los municipios, pues el criterio estaba en términos de población y pobreza sobre los que terminaban primando altos montos debido a presiones políticas, donde los municipios más ricos y poderosos recibían más recursos manteniendo la brecha de servicio entre pobres y ricos (Morales, 1997).

El sistema ya estaba presentando fallas visibles para el Estado, de manera que en 1985 la Administración Betancourt acudió a los organismos multilaterales para buscar orientación sobre buenas prácticas. Estos sugirieron una serie de cambios para aliviar la carga fiscal del gobierno respecto al gasto social dada la coyuntura económica de la época. El Banco Mundial recomendó una mayor responsabilidad en términos de financiamiento para el sector privado en ciertos tipos de servicios, para lo que recomendaba una plena identificación de bienes públicos y privados. Sugerían, además, que los servicios de salud en su mayoría fueran de carácter mixto, por lo que el Estado podría estar cayendo en un error al subsidiar aquellos programas y servicios por los cuales las personas estaban dispuestas a pagar pero no tenían incentivos para hacerlo.

Institucionalidad

El Sistema Nacional de Salud, estaba regido por desde el Ministerio de Salud y en una menor proporción por las Direcciones Departamentales de Salud, las representantes del Ministerio en los departamentos.

El nivel municipal se encargaba de la prestación de servicios y el máximo representante era el alcalde, quien carecía de experiencia sobre el sector y no tenía un mandato estricto frente a la población, lo que condujo a una total indiferencia de los alcaldes sobre el servicio en el respectivo municipio**. El estudio de Londoño señala que frente a la corrupción y a los innumerables reclamos, el monopolio del Instituto del Seguro Social fue reemplazado por cajas de previsión y cooperativas (cajas de compensación). Esto generó, además de la fragmentación de la institucionalidad, un menor ahorro debido al doble de gasto público y la conservación de una población segmentada.

En 1980 según el artículo de *“Los costos de la corrupción en Colombia”*: *“El Estado reconoce a comienzos de 1980 déficit de más de 15 mil millones de pesos en las entidades de seguridad social, como el ISS, las cajas nacionales, departamentales y municipales de previsión social por burocracia, despilfarro, peculados en la adquisición de drogas, desvío de recursos públicos, mientras consultorios se encontraban en gran deterioro y equipos y plantas se inutilizan por falta de mantenimiento”* (Badel, 1999)

Una de las consecuencias más graves de la alta concentración del poder estatal en la prestación del servicio se observó en la corrupción dentro del sector. Gideon, González y Acosta (2001) señalan que no hay ningún tipo de estudio sistemático que permita establecer exactamente los niveles de corrupción de la época, sin embargo, hay datos perteneciente a la Contraloría General de la República y a la Superintendencia Nacional de Salud que señalan robo, fraude en la compra de bienes y servicios, además en los procesos licitatorios. Otras formas de corrupción estaban dadas por la afiliación de

** Es importante anotar que el sistema de incentivos que enfrentan los alcaldes y las autoridades locales es diferente cuando son elegidos democráticamente. Antes de 1986, la elección de este tipo de miembros del ejecutivo era discrecional al Gobierno Central.

personas muertas o inexistentes, multifiliación, afiliación de personas con capacidad de pago y adicionalmente la desviación de recursos para lucro personal o político de los directivos.

Como puede deducirse del anterior escenario, y como lo confirma Gaviria, la prioridad de la Ley 100 era lidiar con los bajos niveles de cubrimiento, la inequidad al acceso de servicios, los bajos niveles de solidaridad y la alta ineficiencia en la provisión pública del servicio (Gaviria, Medina, & Mejía, 2006).

En respuesta al panorama de los ochentas y al aparente fracaso del Estado como “único” prestador del servicio de salud, en los noventa empieza a darse un cambio gradual, el primero de los cambios legales más destacados es la Ley 100 de 1990 que reorganiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones. En esta ley se definen aspectos generales sobre el Servicio Público de Salud a cargo del Estado el cual debe regirse por una serie de principios básicos como: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiaridad, complementariedad e integración funcional, los tres últimos principios orientan hacia una armonización del sector público y privado. La ley también regula la prestación de servicios de salud por parte de los privados y la destinación del situado fiscal para la salud, donde se implanta un orden de prioridades a la hora de la destinación de los recursos, primando los servicios básicos de salud y servicios de asistencia pública.

La Constitución de 1991 establece el derecho irrenunciable a la seguridad social mediante el artículo 48 y a la salud y saneamiento público en el artículo 49. Estos nombran al Estado como el encargado de la dirección, coordinación y control bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, aunque señala que los servicios de salud deben organizarse de forma descentralizada y por niveles de atención. La Constitución Política también establece una atención básica de carácter gratuita y obligatoria para todas las personas, junto con el acceso que tienen estas al servicio público de salud y de saneamiento ambiental. Hay que resaltar que estrictamente no está contemplado en el capítulo de los Derechos Fundamentales, sino hace parte de los derechos sociales, económicos y culturales.

La Constitución Política de 1991 mediante el artículo 86 también crea la figura de la Acción de Tutela que figura como mecanismo de protección a los derechos constitucionales fundamentales de los individuos frente a la vulneración, amenaza u omisión por parte de la autoridad pública. Cuando el derecho no es expresamente fundamental la Corte Constitucional revisará la decisión dada la naturaleza concreta del caso. Esta figura ha sido primordial en la evolución de la interpretación del derecho de la salud en la medida que ha dado lugar a pronunciamientos judiciales sobre su interpretación, además de establecer condiciones bajo las cuales este puede o no ser “entutelable”.

El otro gran cambio legal en la evolución del sistema de Salud fue la Ley 100 de 1993 que busca el “pluralismo estructurado” (entidades públicas y privadas, y descentralización) a través de un mayor alcance en la cobertura articulando los diferentes prestadores de salud, y de un aumento en la utilización funcional y eficiente de los recursos financieros.

El artículo 156 de esta ley define las características básicas del sistema de seguridad social en salud, el cual establece: al Gobierno Nacional como el encargado del SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud); la existencia de una Unidad de Pago por Capitación UPC que corresponde a un pago recibido por cada entidad promotora de salud, por cada persona afiliada y beneficiaria; la creación de un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables financiado por la nación, los departamentos y municipio, y por un fondo de solidaridad y garantía (compensa las diferencias entre los perfiles de riesgo e ingresos) y recursos de los afiliados de acuerdo a su capacidad. La ley también crea el perfil del

régimen contributivo que cubre a trabajadores, jubilados o personas con capacidad de pago. Esta ley crea entonces la visión de dos tipos de perfiles en los cuales quienes tienen capacidad de pago lo realizan, mientras que quienes no se amparan bajo la figura de la solidaridad (principio constitucionalmente establecido) y el amparo del gobierno.

La ley 100 libera al Ministerio de Salud de la prestación de los servicios directamente y crea las intermediarias conocidas como Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen subsidiado, para este se ofrece un paquete obligatorio de salud a manera de seguro, estas intermediarias llegan a la prestación directa del servicio mediante las Instituciones Prestadoras de Salud. La competencia en este sentido está dada entre las EPS y las IPS donde la lógica inicial era competir en términos de eficiencia vía reducción de costos de operación y mejorando la calidad para atraer afiliados o para el caso de las IPSs contratos con las entidades.

Indicadores

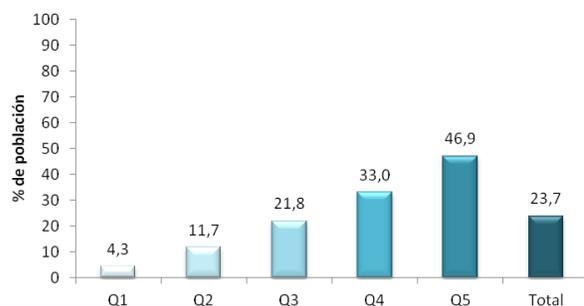
La principal crítica al sistema de salud antes de la reforma, era el deficiente cubrimiento ya que a principio de los noventa sólo el 18% de la población tenía acceso al Instituto Colombiano de Seguro Social (después Instituto de Seguro Social) y la mayor parte de esa población hacía parte de los quintiles por ingreso más altos. Esto era especialmente preocupante en la medida de que, para la época, el resto de países de la región tenía coberturas alrededor del 50% para institutos similares. Puede decirse que a comienzos de los noventa tan sólo el 37% de los colombianos estaba afiliado, mientras que el 63% lo hacía a través del subsistema público de Hospitales (Nuñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Jaime, 2012).

A pesar que muchos indicadores como Esperanza de Vida, Fecundidad y Tasa de mortalidad mejoraron entre 1970 y 1990, llamaba la atención la regresividad de los “buenos resultados”: como lo señala Londoño, mientras que la tasa de mortalidad infantil era igual a la de un país desarrollado en las clases media y alta, las comunidades pobres presentaban indicadores de más de 200 por cada 1000. La inequidad también podía verse en el hecho de que alrededor del 25,1% de los que se enfermaban no accedían al sistema, más del 34% pertenecían a los deciles más pobres y tan sólo el 2% a los más ricos. El gasto en salud también era peor para quienes estaban en la base de la pirámide ya que reportaba el 18% de su ingreso comparado con el 3% de los más ricos. El 40% de los subsidios oficiales para hospitales públicos iba destinado al 50% más próspero de la población (Londoño, 2003). Por otro lado, los hospitales estaban en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba 50%; una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios; profesionales de la salud insatisfechos; y usuarios mal atendidos (Ministerio de Salud, 1994) y (Esguerra, 1996).

Ahondando en el tema de cobertura, para 1993 la cobertura en salud tan sólo llegaba a un 24% de la población y presentaba una gran inequidad. Mientras que el 47% del quintil más rico estaba cubierto, éste porcentaje caía a sólo 4,3% para el quintil más pobre (Encuesta de Calidad de Vida, cálculos MSPS- gráfica 1).

Gráfica 2.

Afiliación a salud en 1993 por quintil de ingreso

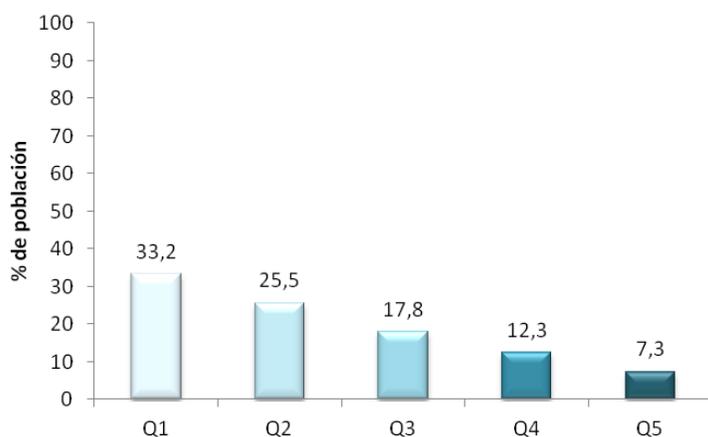


Fuente: ECV 1993, cálculos MSPS

Esta inequidad se traducía en una menor posibilidad de recibir atención y en un mayor esfuerzo financiero por parte de las familias para utilizar los servicios de salud. En 1992 el 33,2% de la población más pobre (quintil 1) no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3% de la población con mayores ingresos (quintil 5) (Encuesta Nacional de Hogares, cálculos MSPS-gráfica 2).

Gráfica 3.

Porcentaje de ausencia de atención médica en caso de enfermedad



Fuente: ECV 1992, cálculos MSPS

Para ese mismo año, los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares más pobres representaban el 28,2% de su ingreso total en el año. Mientras que para los de mayores ingresos representaba solo el 6,5%. Los gastos en hospitalización representaban un 64% para los más pobres y 17% para los más ricos (ENH, cálculos MSPS).

Otras fuentes confirman el diagnóstico anterior: según el Estudio Sectorial de Salud de 1990^{††}, la cobertura de aseguramiento social era del 15.7% de la población^{##}, el 63,3% de las necesidades de atención médica no eran atendidas lo cual llegaba al 75,1% en las regiones más pobres del país y al 84% entre la población ubicada en el quintil más pobre según ingreso (Pabon, 1985). La mitad (50%) de los recursos públicos para la salud se canalizaban, a través del subsistema de seguridad social (ISS), para menos del 20% de la

^{††} Yepes, F. (1990). La salud en Colombia. Tomo II. Ministerio de Salud – DNP, Estudio Sectorial de Salud.

^{##} Ministerio de Salud – DNP (1990). Estudio Sectorial de Salud.

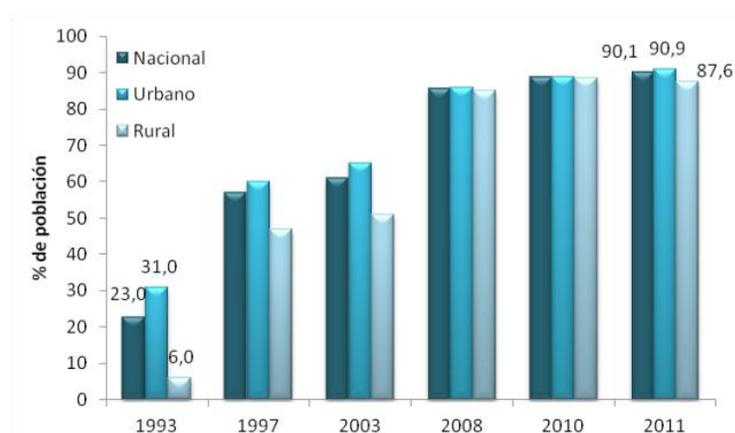
población (los de mayor capacidad de pago y con empleos formales). El 50% restante de los recursos se destinaban al subsistema público (red pública) para cubrir al 70% de la población.

Según Londoño (2003) la regresividad (no estaba dada en términos financieros) se presentaba en la medida que había una alta concentración del gasto en las grandes ciudades, falta de consistencia entre los servicios que se ofrecían y las prioridades de la sociedad, y el uso sin costo de hospitales por parte de aquellos con capacidad económica.

Los esfuerzos realizados en los últimos años lograron que el país avanzara al pasar del 24% de cobertura en 1993, a una cobertura muy cercana a la universalización (90.1% según Encuesta de Calidad de Vida 2011). Ver gráfica 3.

Gráfica 4.

Cobertura en salud 1993 – 2011



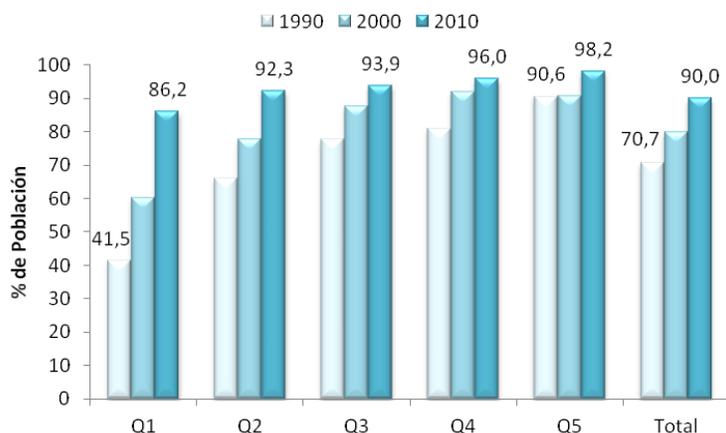
Fuente: ECV, cálculos MSPS

El aumento en la cobertura disminuyó la enorme desigualdad inicial, no sólo entre niveles de ingreso sino también entre zonas geográficas. La afiliación en salud en el 20% más pobre de la población pasó de 4,3% en 1993 a 87,0% en 2011 y la afiliación en las zonas rurales pasó de 6,6% en 1993 a cerca del 88% en 2011 (ECV, cálculos MSPS). Así, la reforma al sistema de salud promovió una mayor progresividad y equidad en la distribución de subsidios. Estimaciones muestran que el sistema de salud disminuye la pobreza en 4,78 puntos porcentuales y reduce la desigualdad, medida por el coeficiente de Gini, en 2,54 (cálculo con base ECV 2008).

La información disponible muestra un mayor uso de los servicios relacionados con salud reproductiva (aspecto muy importante en la disminución de los riesgos asociados al embarazo, el parto y la mortalidad infantil). El porcentaje de mujeres con al menos cuatro controles prenatales, pasó de un 70% en 1990 a 90% en 2010. Para la población más pobre, esta proporción pasó de 41,5% a 86,2% en el mismo período (ENDS- gráfica 4).

Gráfica 5.

Porcentaje de mujeres con un número de controles mínimo por nivel de ingreso



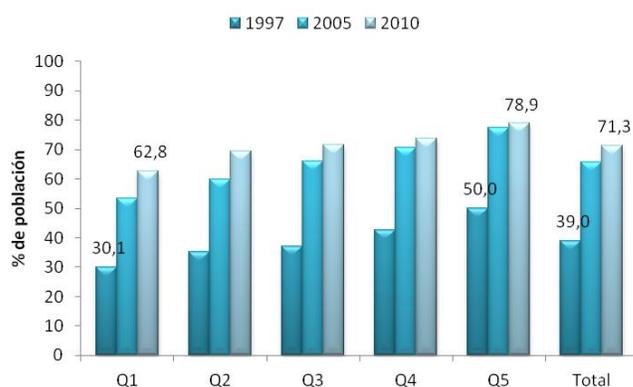
Fuente: ENDS, cálculos MPS

El mayor acceso al control prenatal ha sido claramente progresivo. El acceso a la atención médica en el parto también ha aumentado de manera considerable, de un 30% a nivel nacional y un 116% para las mujeres de los segmentos más pobres, para el periodo entre 1993 y 2010 (ENDS, cálculos MSPS).

La mayor cobertura también se ha dado como un mayor acceso de la población a los servicios de salud con propósito de prevenir la enfermedad. El acceso a la consulta por prevención creció en un 83% entre 1997 y 2010. Este crecimiento se explica en parte, por el incremento de 109% en el quintil más pobre de la población (ENDS, cálculos MSPS) Ver gráfica 5.

Gráfica 6.

Porcentaje de consulta de prevención por nivel de ingreso

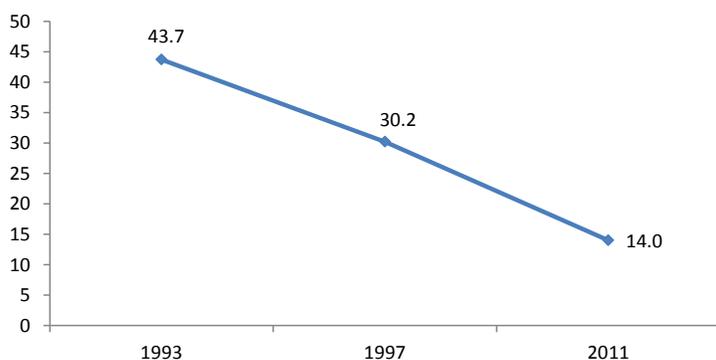


Fuente: ENDS, cálculos MSPS

Los avances en cobertura tienen como uno de sus efectos la protección financiera de la población. Esto significa que los hogares ante un problema de salud cada vez gastan menos para hacer uso de los servicios de salud. En Colombia el gasto de bolsillo pasó de representar el 44% del gasto total en salud en 1993 a tan solo un 14,0% en 2011 (Barón (2007 y 2013), cálculos MSPS) Ver gráfica 6. En relación a los objetivos de protección

financiera se puede evidenciar la reducción del gasto de bolsillo en salud⁵⁸, así como la reducida proporción de gasto catastrófico según diferentes estudios de Giedion (2009), Ruiz (2012) y Ruiz (2011).

Gráfica 7.
Gasto de Bolsillo



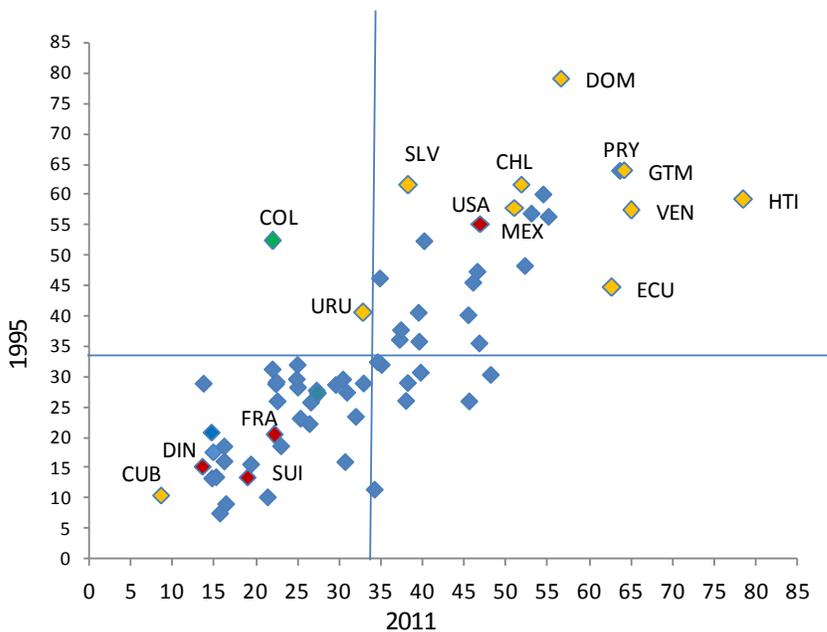
Fuente: Barón (2007 y 2013), cálculos MSPS

El esfuerzo financiero que ha hecho el Estado Colombiano ubica al país como uno de los que más ha avanzado en asumir el costo directo del sistema de salud, con lo cual el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud pasó de ser 52.3% en 1993 a 22% en 2011 (gráfica 7). Esto lo ubica mejor que otros países latinoamericanos y mejor que muchos países desarrollados.

Gráfica 8.

Gasto privado como porcentaje del gasto total en Salud

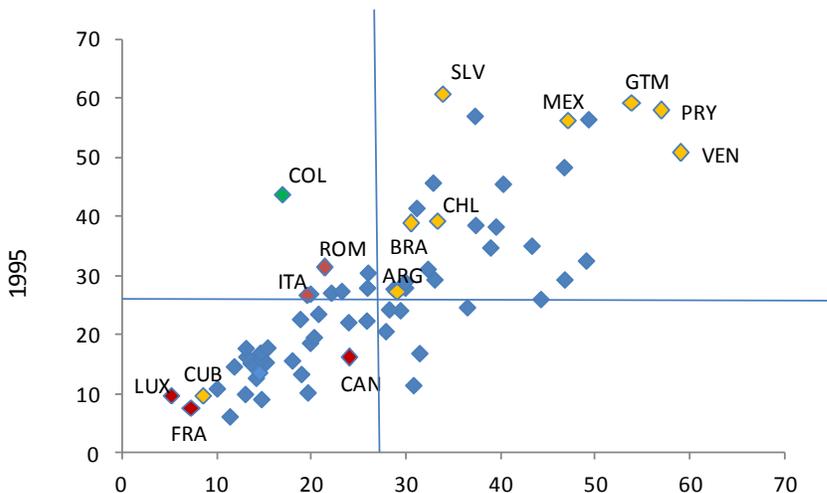
⁵⁸ Como puede derivarse de una inspección de las cifras presentadas, la disminución en los gastos de bolsillo tiene que ver con un incremento en la protección financiera ofrecida por el sistema y no con una caída en los tratamientos demandados por la población. Esto se deriva de que el acceso a los servicios de salud se incrementó de manera importante, especialmente en los quintiles más pobres.



Fuente: WHO y BM, Colombia datos para 1993

Gráfica 9.

Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en Salud



Fuente: WHO y BM, Colombia datos para 1993

Igual sucede cuando se compara la caída del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud (gráfica 8). Colombia pasó de estar por encima del gasto de bolsillo promedio (entre los países seleccionados) en 1995, a estar por debajo del promedio en 2011, lo cual hace que el país sea uno de los que más avanzó en materia de protección financiera en salud de los ciudadanos, comparado no solo con América latina, sino con países más desarrollados.

Adicionalmente, las decisiones recientes han de mejorar la protección financiera para los hogares más pobres. La unificación del Plan de beneficios entre los dos regímenes benefició a los usuarios del régimen subsidiado al incluir ítems del NO POS subsidiado en el POS subsidiado. Al incluir nuevos medicamentos y procedimientos al POS subsidiado, se ha dado una progresiva igualación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del régimen

subsidiado; la diferencia entre la prima pura del régimen contributivo y del régimen subsidiado bajó del 40% a 8% para 2013.

En conclusión, la Ley 100 de 1993 aumentó la cobertura, disminuyó la brecha entre ricos y pobres, brindó a la población un mejor acceso a los servicios de salud y aumentó la protección financiera de los usuarios. Esto se reflejó en mejoras en variables objetivas y subjetivas de salud. De esta forma, se podría concluir que para Colombia la descentralización trajo múltiples ventajas. Sin embargo, esta trajo consigo una serie de incentivos que han generado problemas al sistema.

La reforma de 1993 ha sido una de las más radicales que se ha implementado en los sistemas de salud y sus objetivos primordiales fueron la universalización del aseguramiento social, la protección financiera de las familias frente al gasto catastrófico derivado de los riesgos de salud y la equidad en el acceso a los servicios de salud. La evidencia muestra que la mayor parte de esos objetivos se lograron en los pasados 20 años.

Sin embargo, el desarrollo del modelo derivó en diferentes problemas especialmente concentrados en la fragmentación del modelo de salud con incentivos de los agentes hacia la extracción de rentas en demerito de los objetivos de salud de la población. Como consecuencia, se generaron tres situaciones problemáticas: primero, un esquema de prestación de servicios orientado hacia la resolutivez en la alta complejidad con baja capacidad de ejecución de acciones preventivas en un entorno de transición epidemiológica y elevadas cargas de enfermedad; segundo, un aseguramiento que se centró en el manejo financiero por encima del objetivo misional de gestión de los riesgos en salud; y tercero, resultados negativos que se manifiestan sobre los usuarios en la forma de barreras de acceso, en particular en la limitada resolutivez de aquellos procedimientos que involucran el acceso a tecnología en el entorno de los servicios de alta complejidad.

Los diferentes desarreglos microeconómicos en la relación entre los agentes del sistema desembocaron en severos problemas en los flujos financieros, altos costos de transacción y ruptura de la mancomunación de riesgos a través de los recobros al sistema a través de los servicios no incluidos en el plan de beneficios (No POS). El resultado en el contexto institucional y de muchos usuarios es la limitada legitimidad del sistema.

Estos problemas han determinado una situación de crisis sistémica donde los diferentes intentos de resolución han encontrado que la capacidad de agenciamiento de intereses de los agentes se ha sobrepuesto a la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud y Protección Social. Los esfuerzos legislativos a través de las Leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011 han ofrecido soluciones parciales que no han resuelto de manera estructural el problema de fragmentación dejando al propio Ministerio de Salud y Protección Social con muy limitada capacidad de rectoría y débiles mecanismos regulatorios para efectuar una ordenación del sistema.

Otro aspecto importante que se fomentó fue la inequidad regional. Las cifras de la ECV 2010 evidencian diferencias importantes entre regiones. En la gráfica 9, al preguntar sobre la percepción del estado de salud, se encuentra que el estado de salud percibido como “menos que bueno” presenta marcadas diferencias entre Bogotá (22%) y la región Pacífica (34%). Estas diferencias sugieren la presencia de condiciones de inequidad que ameritarían enfoques estratégicos diferenciales con miras a cerrar las brechas existentes.

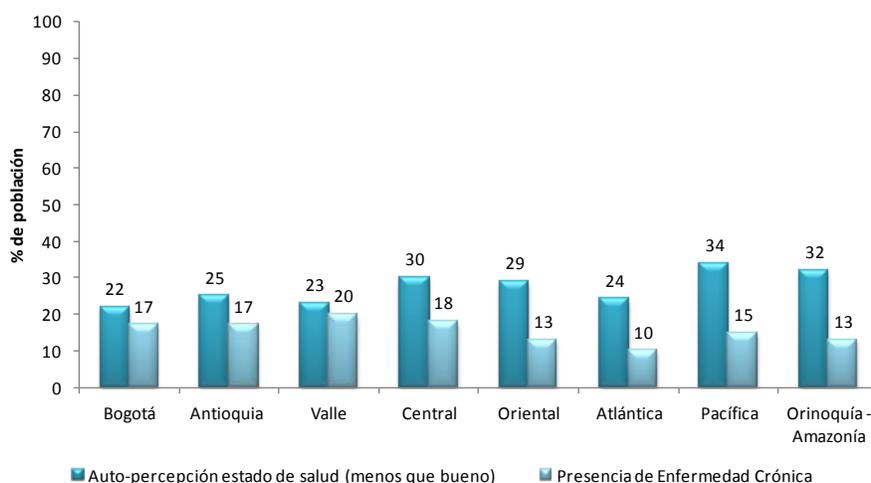
Esta misma diferencia se encuentra al comparar las zonas urbanas y rurales. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del año 2010, el 22,5% de la población urbana

contestó tener una salud estado de salud “malo” o “regular”. En contraste el 34,1% de la población rural refirió tener un estado de salud “malo” o “regular”.

Lo mismo ocurre con la presencia de enfermedad crónica. La ECV 2010 muestra mayor prevalencia en aquellas regiones donde la auto-percepción de mala salud es inferior. Este resultado sugiere que donde la auto-percepción de mala salud es mayor (Pacífico y Orinoquía-Amazonía) hay una menor detección de estas enfermedades, derivadas de un acceso limitado a los servicios de salud por diferentes tipos de barreras (geográficas, culturales o económicas).

Gráfica 10.

Estado de Salud

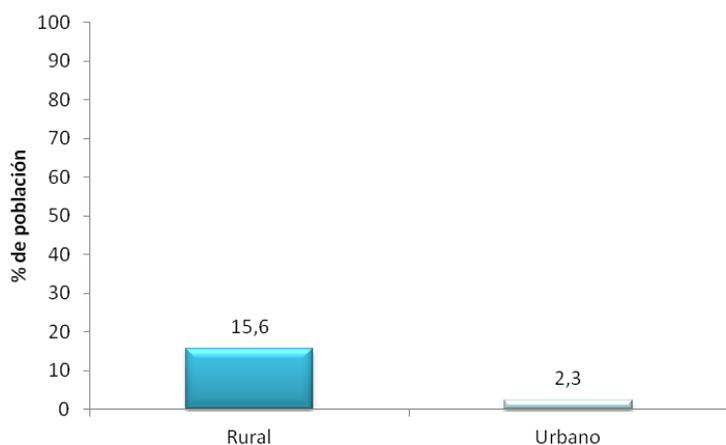


Fuente: ECV 2010, cálculos MSPS

Las características de dispersión geográfica y la falta de oferta articulada de los servicios de salud, propias de las zonas rurales del país, configuran una de las principales barreras al acceso de la población rural. Por ejemplo, el 16% de la población rural que no accedió a servicios de salud en caso de requerirlo, debido a que el centro de atención medica se encontraba muy lejos, cifra que en el caso urbano solo llegó a un 2,3% (gráfico 11).

Gráfica 11.

No asistencia a consulta médica en caso de enfermedad por la distancia al centro de atención.



Fuente: ECV 2011

Un caso concreto de estas diferencias resulta al comparar los indicadores departamentales de la Guajira con los resultados a nivel nacional. Como se observa en la tabla 1, en todos los indicadores presentados el departamento tiene unos resultados más preocupantes a comparación del nivel nacional.

Tabla 7. Comparación de los resultados de los indicadores de salud materno infantil del departamento de La Guajira con los resultados a nivel nacional

Indicador	Guajira	Nacional
Tasa de mortalidad por cada 1.000 niños menores de 5 años	26,77	16,63
Tasa de mortalidad por EDA por cada 100.000 menores de 5 años	25,10	7,34
Desnutrición crónica o baja talla para la edad en niños menores de 5 años	27,9	2,7
Desnutrición aguda o bajo peso para la estatura en niños menores de 5 años	1,8	0,9
Desnutrición global o bajo peso para la edad	11,1	3,4
Sobrepeso o alto peso para la talla en menores de 5 años	2,3	4,8
Mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	220,46	72,88
Mujeres en edad fértil con delgadez o desnutrición	8,5	4,8

Fuente: Estadísticas vitales DANE 2009, ENDS 2010

Los malos resultados en salud tienen una correlación clara con las zonas del país más pobres, con mayor penetración del conflicto armado y mayor dificultad geográfica en el acceso. Mejorar los resultados en salud en estas áreas es un reto en el diseño de políticas públicas dirigidas a mejorar los determinantes del estado de salud de estas poblaciones.

Las barreras de acceso a los servicios de salud es un tema sensible para los usuarios, especialmente en los momentos que se requiere atención por enfermedad pero también en las acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención, cuya no realización oportuna genera mayores costos para la sociedad cuando no se realizan de manera adecuada y oportuna. Según la ECV de 2011 dentro de las razones de no uso de los servicios de consulta externa se destaca el mal servicio o la cita distanciada (12,17%) y la falta de dinero para asistir (6,97%).

A pesar de que la cobertura del sistema de salud es casi universal, los problemas en el acceso siguen teniendo un papel importante en la crisis del sistema. Estos problemas de acceso se hacen más evidentes en la medida que la complejidad y el costo esperado de la atención se incrementan.

Las barreras que limitan el acceso se pueden clasificar en tres grupos: geográficas, de carácter financiero y administrativas. Las barreras geográficas son las que aparecen con la dispersión poblacional, la distancia a los centros poblados, la precariedad en las vías de comunicación o los altos costos de transporte y que tiene como resultado las inequidades en los resultados en salud mostradas anteriormente. En estos municipios la población es rural y perteneciente al régimen subsidiado. Para recibir atención, la población debe desplazarse a los centros de atención, donde habitualmente la distancia y los costos del traslado son altos. En este escenario, tanto las Empresas Promotoras de Salud (EPS) como las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) obtienen un beneficio económico cuando la población afiliada no hace uso de los servicios. Dado que en estas zonas no existen condiciones de mercado ni una posibilidad de competencia, es preciso ajustar el funcionamiento del sistema en estas zonas.

Existen barreras de carácter financiero en diferentes niveles del sistema. Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado. Este poder se incrementa progresivamente en el prestador a medida que crece el nivel de complejidad de los servicios (Ruiz & Uprimny, Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio, 2012). Esta situación puede reflejar desequilibrios en el sistema y algunos estudios muestran que los hospitales y clínicas privadas pueden estar generando mayores utilidades que los propios aseguradores (Nuñez, Castañeda, Foseca, & Ramirez, 2012).

Por otra parte, bajo un esquema predominantemente de pago por servicios, el aumento en la demanda de servicios generó demoras en los pagos a los prestadores. Las deudas reportadas por los hospitales crecieron de manera preocupante (ver gráficas 12 y 13). Este crecimiento afecta negativamente la calidad de la atención a los usuarios, debido a que las IPS no pueden costear los pagos a los proveedores o a que las IPS utilizan como una medida de presión para lograr el pago de las acreencias, el riesgo en el deterioro en la calidad. De acuerdo con la Resolución 2509 de 2012, más del 40% de las IPS públicas fueron categorizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto

Así las redes de servicios que debían organizar y garantizar las EPS, comenzaron a evidenciar problemas por la falta de pago. A manera de ejemplo, el mapa 1 ilustra los recorridos que han debido hacer las familias con niños que sufren de Leucemias Agudas. Estos niños han tenido que hacer migraciones obligadas para obtener la atención médica requerida en parte por la intermitencia de los pagos de la EPS a los prestadores.

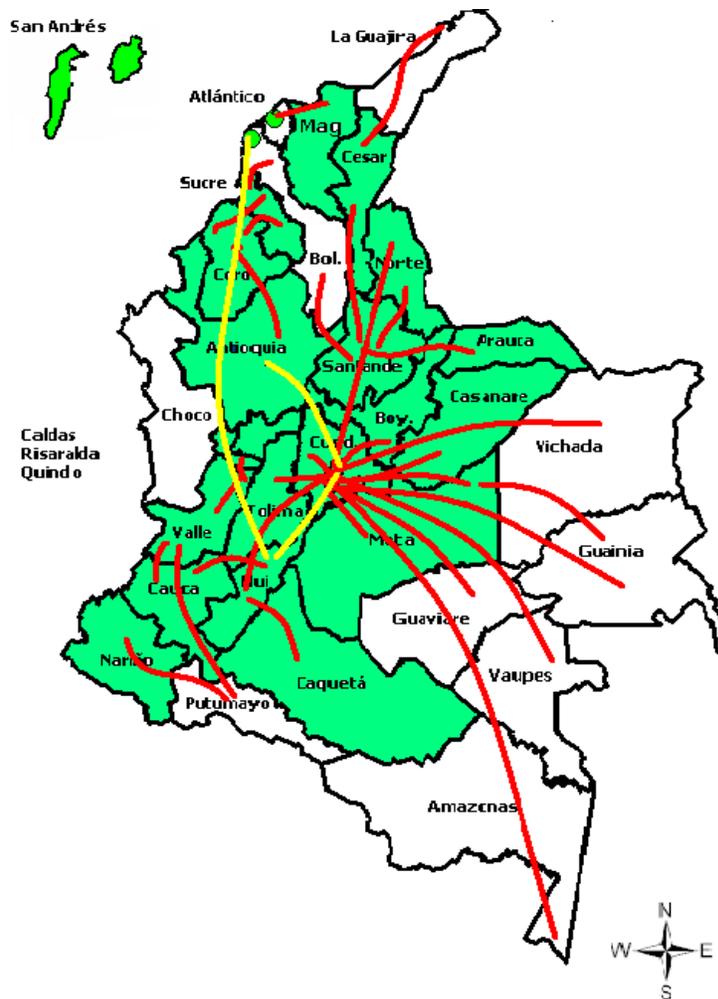


Figura 5 Recorrido de una selección de niños con Leucemias Agudas. 2010 y 2011

Fuente: Sivigila 2010 y 2011

Esta situación está relacionada con la desconfiguración del sistema hospitalario. Para posibilitar condiciones de competencia y merced a la debilidad del sistema de habilitación de IPS se generaron incentivos para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad. Esto ha llevado al cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna. Igualmente origina el crecimiento de las unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagenología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutivez final del sistema hospitalario.

Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención. Los mapas 2 y 3, ilustran la fragmentación de la distribución de las atenciones de salud reportadas por las EPS del régimen del régimen contributivo y subsidiado. En estos mapas se identifica, a través de los colores, cual es la EPS que más está registrando atenciones por municipio.

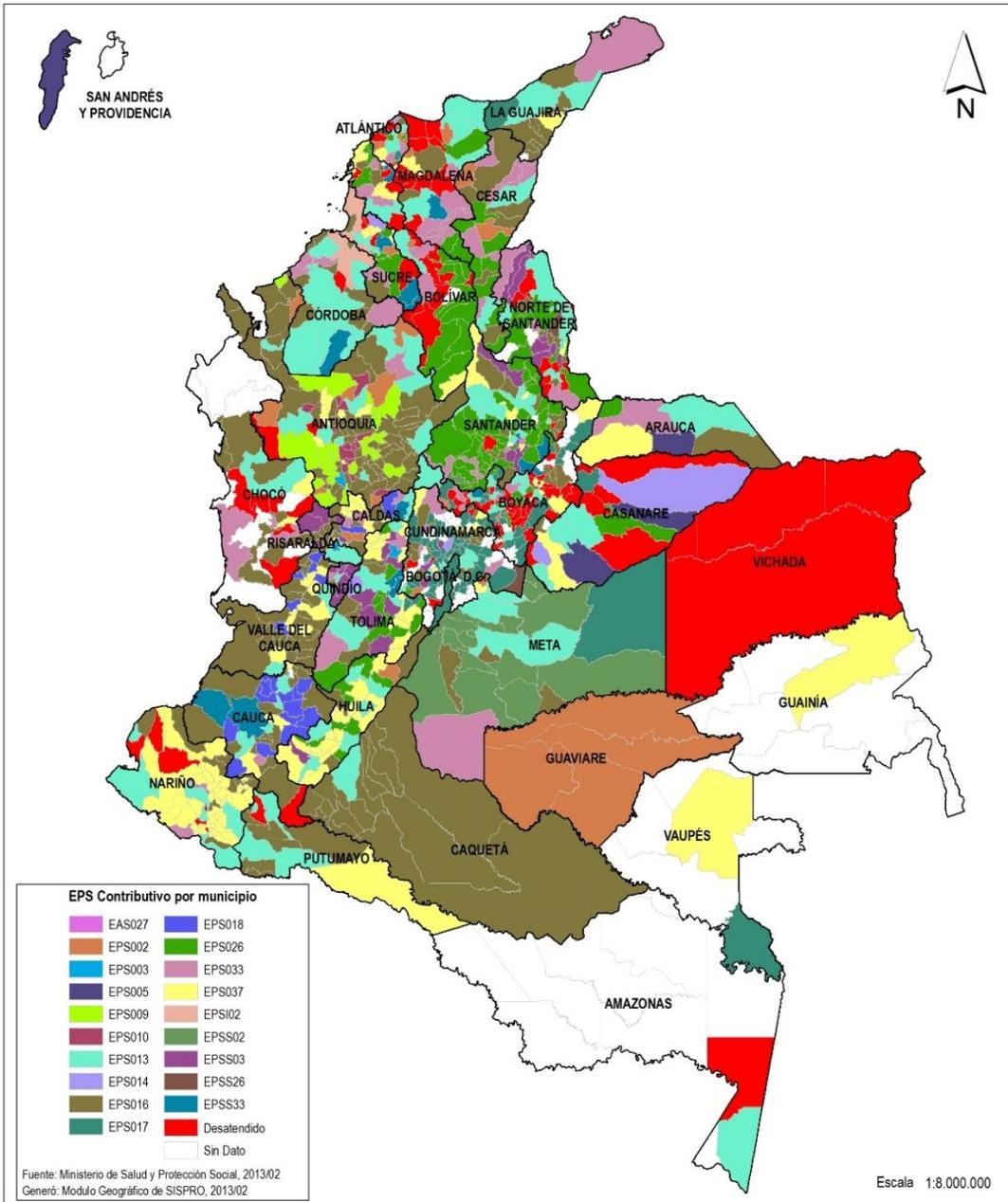


Figura 6 Atenciones de salud por EPS. Régimen Contributivo

Fuente: RIPS, cálculos MSPS

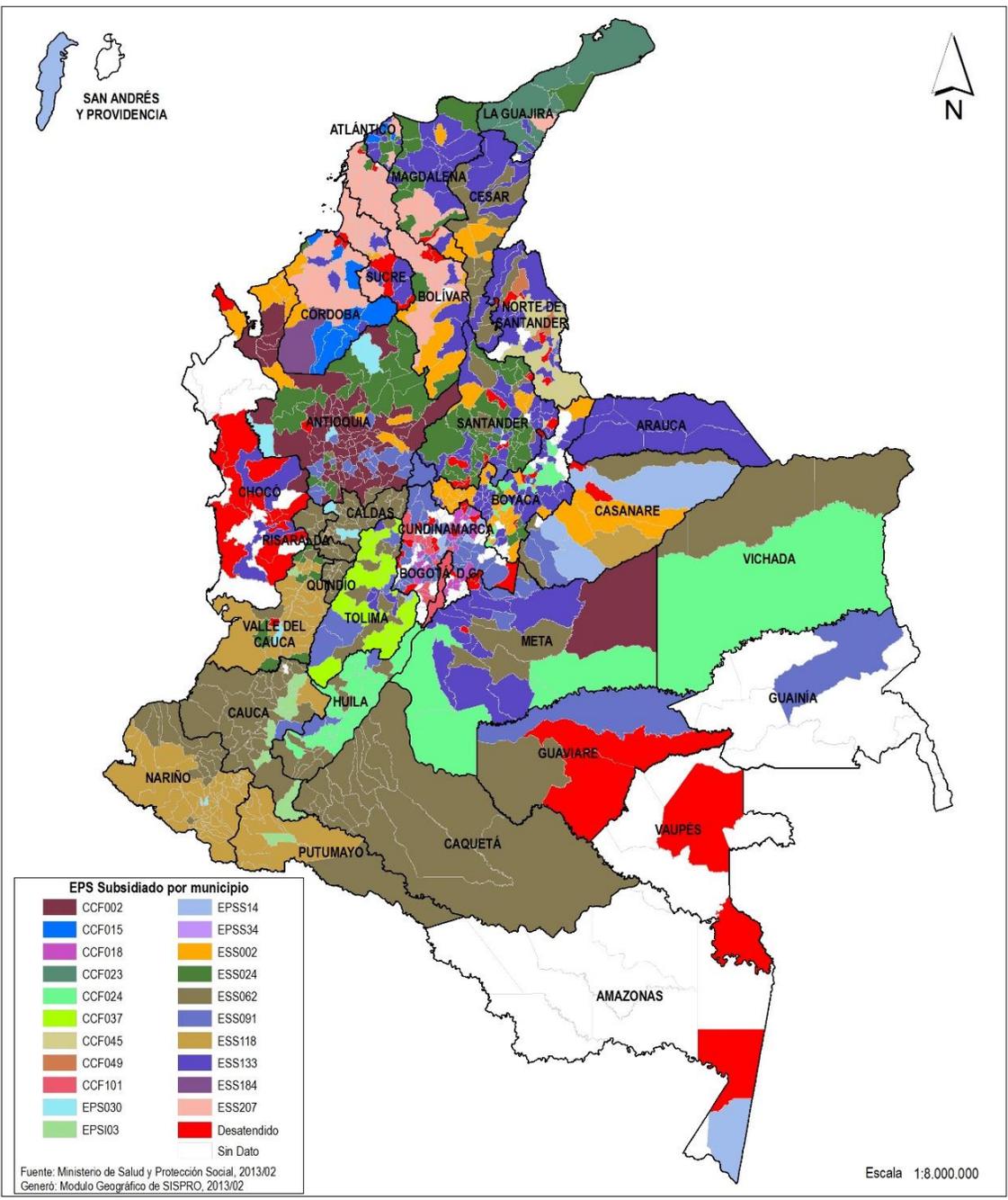


Figura 7 Atenciones de salud por EPS. Régimen Subsidiado

Fuente: RIPS, cálculos MSPS

Las barreras administrativas suceden en dos niveles: en la relación del asegurador-prestador-afiliado y en la relación entre el Fondo de Solidaridad y Garantía en Salud

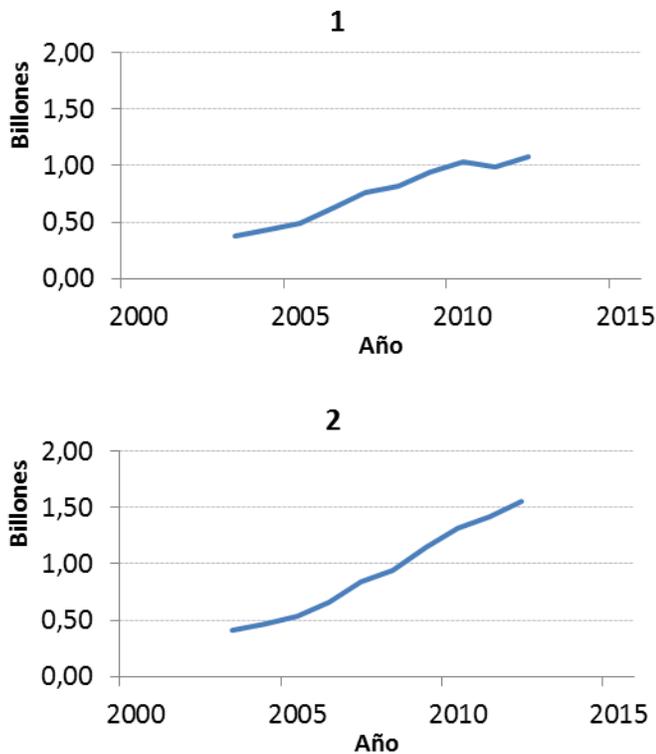
(FOSYGA) y la EPS. En cuanto a la primera, los excesivos trámites (e.g. la autorización para la prestación de los servicios) a cargo del afiliado y la limitación en los canales de comunicación se han convertido en barreras para el usuario, a la vez que es una forma de controlar el gasto. La ECV del año 2011 que el segundo aspecto que más influye en la calidad del servicio que reciben los usuarios de des sus respectivas EPS son los trámites excesivos y dispendiosos.

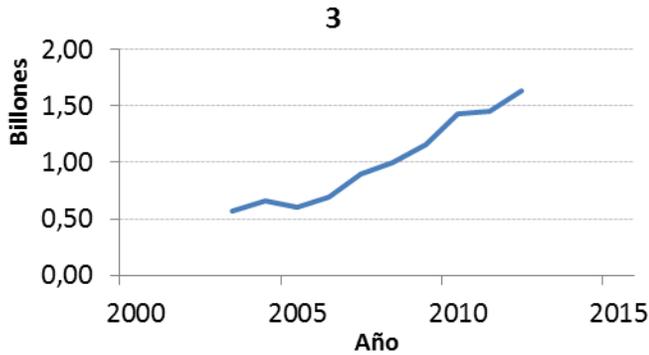
En cuanto a la segunda, existen trámites largos y complejos que deben surtirse entre ambas instancias y que perjudican al usuario. A manera de ejemplo, considérese el cambio de régimen. Si una persona se encuentra en el régimen subsidiado y obtiene un empleo durante un período corto de tiempo, tendrá problemas para volver al régimen subsidiado. Hasta que la EPS no haya recibido hasta la última compensación, no “libera” al usuario, impidiéndole afiliarse nuevamente al régimen subsidiado. Mientras este trámite surte efecto, el usuario y su familia se encuentran desprotegidos.

Otro problema asociado a los incentivos es la falta de pago oportuno a los prestadores de servicios. La norma obliga a los prestadores a brindar atención a quien lo solicite, pero no es igual de imperativa en obligar al asegurador o pagador a cancelar los servicios prestados. Aunque medidas como el Giro Directo en el régimen subsidiado han comenzado a tener efectos positivos en cuanto a la oportunidad de los pagos, los hospitales continúan atendiendo a los enfermos pero los pagos por parte de las EPS han ido disminuyendo y la cartera vencida creciendo (Ver gráficas 12 y 13). Tanto instituciones públicas como privadas se han visto afectadas y su sostenibilidad ha sido puesta a prueba.

Gráfica 12.

Comportamiento Cartera IPS públicas por nivel de complejidad



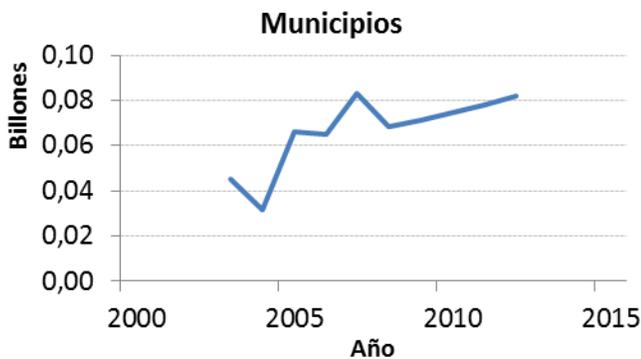
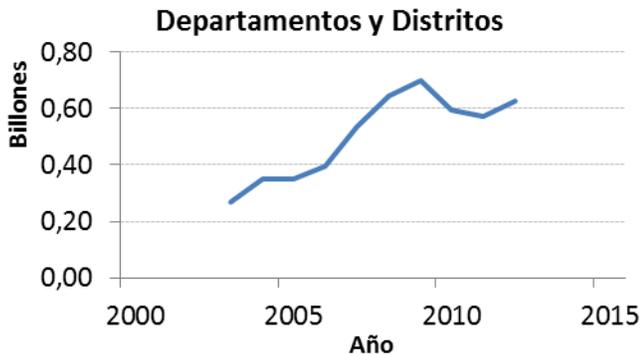


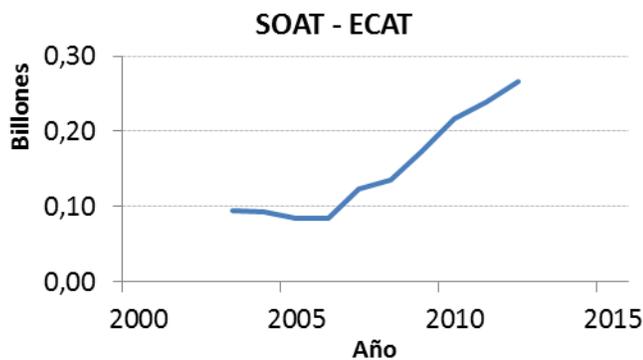
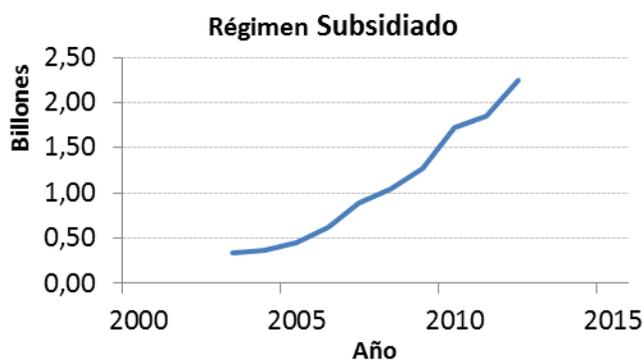
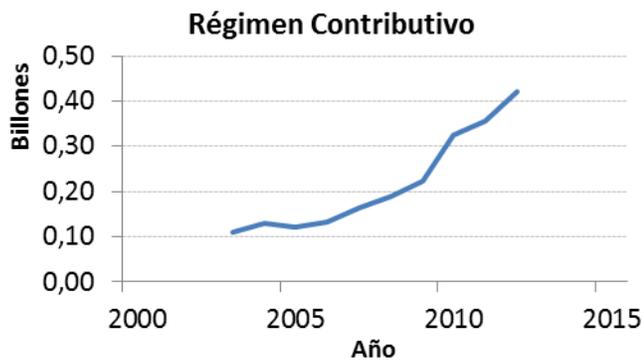
Fuente: Informe Resolución 2193, Cartera de Hospitales Públicos a Abril 2013, cálculos MSPS

La evolución del sistema ha permitido mejorar la transparencia en el manejo de los recursos desde la fuente hasta el asegurador. Las cuentas maestras, las bases de datos de afiliados, la planilla integrada de liquidación de aportes permiten tener una mayor claridad de los recursos. Pero una vez llegan a manos de las EPS su trazabilidad ya no es tan clara. Medidas que permitan hacer visibles la forma en que se manejan los recursos son un reto que debe ser resuelto con prontitud.

Gráfica 13.

Comportamiento Cartera IPS públicas por tipo de deudor





Fuente: Informe Resolución 2193, Cartera de Hospitales Públicos a Septiembre de 2012, cálculos MSPS

El uso inadecuado o ineficiente de los recursos de salud es otro de los retos que motiva los cambios presentados en esta ley. La normatividad vigente establece una finalidad clara para las fuentes que financian los servicios de salud. Asimismo, los recursos que reciben las EPS deben destinarse a la atención en salud, sin perjuicio de la porción que destinen a los gastos de administración. Son de conocimiento público los problemas donde los recursos de salud pudieron haberse utilizado para financiar la construcción de clínicas y en otros casos infraestructura no relacionada con la salud. A pesar de que se han girado los recursos que pagan las prestaciones en salud, estos dineros no parecen haber llegado a los prestadores. Alcanzar una mayor transparencia y trazabilidad de los recursos es una necesidad que debe satisfacerse con celeridad.

Pero también existe evidencia de serias ineficiencias. Los resultados indican que existen en el sistema altos excesos de demanda de servicios de alta tecnología. Esta situación se debe a la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad, que se potencian con los problemas de colusión entre prestadores y aseguradores que han surgido como consecuencia de las tutelas y los recobros por procedimientos no incluidos en el plan de beneficios. Esta situación ha llevado al sistema a tener el más alto índice de hospitalización de toda la región 8% según la Encuesta de calidad de Vida 2010 o 9% año, de acuerdo a la ENS 2007 (Ruiz & Uprimny, Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio, 2012). A manera de comparación, el índice de hospitalización en un país de desarrollo similar como México es del 5% año. Esto afecta directamente al sistema a través de la descompensación de las EPS y se irradia a todo el sistema tanto través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS).

De esta forma se hace evidente que, pese a una serie de enormes ventajas de la descentralización, ésta también trajo consigo una serie de problemas, enfocados principalmente a los conflictos de intereses de forma consistente con las experiencias internacionales.

4.4. **Síntesis**

Sintetizando esta parte del estudio, es posible concluir que no hay un consenso claro sobre los beneficios de tener una gestión de la salud centralizada o descentralizada. Aun así, para el caso de Colombia, es un hecho que la descentralización de la gestión favoreció fuertemente los resultados en el acceso y la equidad con respecto a la salud. También es importante resaltar que estos beneficios se están viendo truncados en gran parte por los incentivos que se generan a partir de la descentralización.

A pesar de que la experiencia internacional es diversa, podemos ver como constantes en casi todos los sistemas problemas relacionados con fallos en integración vertical y en información sobre el cubrimiento de los servicios en salud. Es importante resaltar sistemas como el de Brasil e Inglaterra que desde una organización relativamente centralizada han generado la figura de pago por desempeño para desembolsar los recursos a los actores del sistema.

Para el caso de Colombia, se observa como los dos sistemas evaluados (antes de la Ley 100 y después de la Ley 100) han tenido inconvenientes. Los inconvenientes del SNS se relacionan con deficiencias en la prestación del servicio que se traduce en indicadores preocupantes, además de las dificultades financieras e institucionales que se enumeraron anteriormente. El modelo posterior aunque mejoró indicadores, el mayor problema lo registró en la institucionalidad a través de incentivos perversos creados por la relación entre gobierno, EPSs e IPSs.

De esta forma se recomienda seguir con una dinámica descentralizada, pero con una mayor regulación por parte del Estado. Los trabajos presentados muestran cómo, desde un punto de vista operativo, la descentralización en general ha sido más eficiente que la centralización. Más aun en países con realidades tan heterogéneas como Colombia. Sin embargo, los principales problemas asociados a esta se derivan de los incentivos económicos que trae consigo. Por consiguiente, es necesario aumentar el control del gobierno y poner restricciones con el objeto de minimizar estos incentivos. Es posible, como se deriva de los estudios siguientes, que haya temáticas que sea necesario centralizar buscando reducir estos incentivos. No obstante, en lo fundamental, que es el acceso y la

eficiencia de la prestación de servicios de salud, la recomendación es delegar estas tareas a las instituciones pertinentes, las cuales por motivos prácticos se denominarán gestores.

5. **Sobre los gestores de la salud**

De la sección anterior se recomendó unas entidades no centralizadas con miras a responder de forma eficiente a las necesidades de acceso y calidad de los servicios de la población. Pero, también se dejó claro el hecho que es menester del Estado generar una regulación pertinente para alinear los incentivos que se generan en la descentralización junto con los intereses del gobierno. Esta sección inicia determinando cuales han de ser los intereses que el gobierno persiga y consecuentemente indicando las características que debe tener un gestor para que no surjan incentivos perversos a partir de la regulación. Una vez definido esto se estudia algunos temas particulares asociados con los gestores que se proponen.

5.1. **Sobre los objetivos del Estado**

Con miras a evaluar de forma clara cuales han de ser los objetivos prioritarios para el Estado, se hace un estudio histórico sobre el derecho de la salud. A continuación se hace una revisión histórica de la situación en Colombia y a partir de la unión de los mismos se concluye cuales son los objetivos que el Estado ha de buscar.

ANÁLISIS HISTÓRICO

Ubicar el surgimiento del derecho a la salud exige situar la aparición esta última como un asunto relevante para la sociedad en su conjunto. Como lo plantea Susser (1993), el derecho a la salud implica que esta última no es un estado dado e inmutable y, si bien desde la época de Hipócrates o Galeno de Pérgamo la posibilidad de revertir la enfermedad individual estaba ya desarrollada, su origen como estado mutable de la sociedad es más tardío.

Para algunos autores el inicio de la salud como valor social coincide con la preocupación que suscitó la salud pública en la Revolución Industrial de la Inglaterra del siglo XIX [Rosen (1958), Susser (1993)]. En efecto, en ese tiempo se creó el Movimiento Sanitario Inglés, cuyo marco sirvió para la realización de varias investigaciones sobre las condiciones de sanidad, el contagio de enfermedades, el estado de las aguas y la organización de las calles en la época. A pesar de estos avances, la institucionalización de la salud como derecho no tuvo lugar sino hasta en 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y fue considerado más ampliamente en 1966 con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Susser, 1993). El artículo 25 de la Declaración Universal decreta específicamente:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad” (Organización de las Naciones Unidas, 1948).

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos estipula:

“Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Organización de las Naciones Unidas, 1966, pág. Art. 12).

Paralelamente, la creación de la Organización Mundial de la Salud complementó la institucionalización del derecho a la salud. Uno de los aspectos importantes en relación con esta institución fue la nueva definición de salud que propuso: La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 1948). De esta forma, la conceptualización de la salud se expandió hasta abarcar la capacidad de llevar una vida productiva en términos sociales, económicos y emocionales (Harris, 2010).

Tan pronto el derecho a la salud fue reconocido en el ámbito internacional, las responsabilidades de su defensa recayeron en gran medida sobre la acción del Estado. Los acontecimientos de los años setenta reorganizaron la agenda internacional en materia de este derecho. Las estrategias para mejorar las condiciones de salud de las poblaciones vulnerables incluyeron a actores por fuera de los ámbitos gubernamentales y comerciales (Tarantola, 2008) ***. El curso de este período, hasta fines de la década de los noventa, estuvo caracterizado por múltiples progresos en torno a temas de salud: se movilizaron campañas de lucha contra el VIH a la vez que se prestó atención a la salud mental, reproductiva y laboral. Es en este sentido que Tarantola (2008) distingue la Guerra Fría como un acontecimiento histórico que marca un cambio significativamente positivo en el tratamiento de la salud como derecho humano.

No obstante, si bien la promoción de este derecho siguió haciendo parte de los esfuerzos de varios entes a nivel nacional e internacional, las tendencias neo-liberales en conjunción con las características de la última ola de globalización han elevado las oportunidades de entrada del sector privado en los servicios de salud Tarantola (2008). La influencia de las firmas privadas en los servicios de salud, manejo de fármacos y seguridad social plantean actualmente serias inquietudes sobre la manera en que el derecho humano universal puede reconciliarse con los intereses de lucro. En ese orden de ideas, las exclusiones e inequidades representan algunas de las amenazas más notorias en la actualidad. Como se ha visto, el derecho a la salud ha atravesado varios procesos de institucionalización y evolución desde sus inicios como valor socialmente reconocido. Sin embargo, pese a todos estos acontecimientos, ha existido un extenso debate en cuanto a la categoría de la salud como derecho humano. Los opositores en esta discusión han encontrado varias deficiencias en cuanto se refiere a definición y responsabilidades. Barlow (1999), por ejemplo, argumenta que los cuidados de salud no deberían considerarse un derecho humano en tanto (1) son muy difíciles de definir con claridad, (2) no es evidente quién debe hacerse cargo de su provisión y (3) la base filosófica sobre la cual se han soportado este tipo de derechos ha sido débil. Las justificaciones en contra provienen a menudo de la distinción entre derechos positivos y negativos. Los primeros, entre los que aparece la salud, exigen una redistribución de recursos y un papel activo por parte de la comunidad para su garantía mientras que los últimos, derechos civiles y políticos

*** Esta disposición fue resultado de los diálogos sostenidos en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata en 1978 cuyas conclusiones fueron presentadas en la *Declaración de Alma-Ata* (1978).

fundamentalmente⁺⁺⁺, requieren esencialmente de una legislación bien definida (Evans, 2002).

Por su parte, las posiciones a favor resaltan la similitud entre los derechos positivos y negativos en la medida en que estos últimos también requieren esfuerzos comunes. Así mismo, se ha argumentado que existen derechos básicos sin los cuales ningún otro tipo de derechos pueden ser establecidos, como es el caso de la vida, la seguridad, la subsistencia y la salud (Evans, 2002). En definitiva, a pesar de los rasgos institucionales, no es posible aludir a un consenso en lo que respecta al derecho humano a la salud.

ANÁLISIS DEL CASO COLOMBIANO

En respuesta al panorama de los ochentas y al aparente fracaso del Estado como “único” prestador del servicio de salud, en los noventa empieza a darse un cambio gradual, el primero de los cambios legales más destacados es la Ley 100 de 1993 que reorganiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones. En esta ley se definen aspectos generales sobre el Servicio Público de Salud a cargo del Estado el cual debe regirse por una serie de principios básicos como: universalidad, participación ciudadana, participación comunitaria, subsidiaridad, complementariedad e integración funcional, los tres últimos principios orientan hacia una armonización del sector público y privado. La ley también regula la prestación de servicios de salud por parte de los privados y la destinación del situado fiscal para la salud, donde se implanta un orden de prioridades a la hora de la destinación de los recursos, primando los servicios básicos de salud y servicios de asistencia pública.

La Constitución de 1991 establece el derecho irrenunciable a la seguridad social mediante el artículo 48 y a la salud y saneamiento público en el artículo 49. Estos nombran al Estado como el encargado de la dirección, coordinación y control bajo principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, aunque señala que los servicios de salud deben organizarse de forma descentralizada y por niveles de atención. La Constitución Política también establece una atención básica de carácter gratuita y obligatoria para todas las personas, junto con el acceso que tienen estas al servicio público de salud y de saneamiento ambiental. Hay que resaltar que estrictamente no está contemplado en el capítulo de los Derechos Fundamentales, sino hace parte de los derechos sociales, económicos y culturales.

La Constitución Política de 1991 mediante el artículo 86 también crea la figura de la Acción de Tutela que figura como mecanismo de protección a los derechos constitucionales fundamentales de los individuos frente a la vulneración, amenaza u omisión por parte de la autoridad pública. Cuando el derecho no es expresamente fundamental la Corte Constitucional revisará la decisión dada la naturaleza concreta del caso. Esta figura ha sido primordial en la evolución de la interpretación del derecho de la salud en la medida que ha dado lugar a pronunciamientos judiciales sobre su interpretación, además de establecer condiciones bajo las cuales este puede o no ser “entutelable”.

El otro gran cambio legal en la evolución del sistema de Salud fue la Ley 100 de 1993 que busca el “pluralismo estructurado” (entidades públicas y privadas, y descentralización) a

⁺⁺⁺ Cabe mencionar que, para los opositores del derecho humano a la salud, los derechos civiles y políticos gozan de una aceptación más general y de una base filosófica más sólida. En contraste a estos derechos Barlow (1999) afirma: [...] *es difícil encontrar alguna base racional o utilitarista para ver el derecho a la salud de la misma manera* (La traducción pertenece al autor.)

través de un mayor alcance en la cobertura articulando los diferentes prestadores de salud, y de un aumento en la utilización funcional y eficiente de los recursos financieros.

El artículo 156 de esta ley define las características básicas del sistema de seguridad social en salud, el cual establece: al Gobierno Nacional como el encargado del SGSSS (Sistema de Seguridad Social en Salud); la existencia de una Unidad de Pago por Capitación UPC que corresponde a un pago recibido por cada entidad promotora de salud, por cada persona afiliada y beneficiaria; la creación de un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables financiado por la nación, los departamentos y municipio, y por un fondo de solidaridad y garantía (compensa las diferencias entre los perfiles de riesgo e ingresos) y recursos de los afiliados de acuerdo a su capacidad. La ley también crea el perfil del régimen contributivo que cubre a trabajadores, jubilados o personas con capacidad de pago. Esta ley crea entonces la visión de dos tipos de perfiles en los cuales quienes tienen capacidad de pago lo realizan, mientras que quienes no se amparan bajo la figura de la solidaridad (principio constitucionalmente establecido) y el amparo del gobierno.

La Ley 100 libera al Ministerio de Salud de la prestación de los servicios directamente y crea las intermediarias conocidas como Entidades Promotoras de Salud y las Administradoras de Régimen subsidiado, para este se ofrece un paquete obligatorio de salud a manera de seguro, estas intermediarias llegan a la prestación directa del servicio mediante las Instituciones Prestadoras de Salud. La competencia en este sentido está dada entre las EPS y las IPS donde la lógica inicial era competir en términos de eficiencia vía reducción de costos de operación y mejorando la calidad para atraer afiliados o para el caso de las IPSs contratos con las entidades.

Posteriormente viene la Ley 1122 de 9 de enero de 2007 que modifica la ley 100 de 1993 la cual aumenta los recursos para el régimen subsidiado, se da subsidio pleno para nivel I y II del Sisbén y da la responsabilidad a las EPS's de la Promoción y Prevención, garantiza la atención de urgencia, además de otra serie de cambios institucionales como La Comisión de Regulación en Salud CRES que reemplaza a la Comisión Nacional de Seguridad Social en Salud, esta se encarga del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para cada Régimen.

Frente a este escenario general desde la legalidad, el derecho a la salud ha tenido infinidad de inconvenientes de interpretación que como se estableció en párrafos anteriores han trascendido en respuestas por parte de la Corte Constitucional con el fin de comprender los alcances de la definición sobre los derechos de las personas. Este punto es importante porque explícitamente el derecho a la salud no está contemplado en el Título II- Capítulo I, donde se encuentran los derechos fundamentales, sin embargo, la Corte se vale de otro tipo de criterios para definir el carácter fundamental de determinados derechos, es así como puede hablarse el derecho fundamental a la salud.

Para sustentar la salud como derecho se encuentran un sinnúmero de sentencias, por ejemplo, la Sentencia T-548/11 que establece que *“La salud es un derecho fundamental y es, además, un servicio público así sea prestado por particulares. Las entidades prestadoras de salud deben garantizarlo en todas sus facetas – preventiva, reparadora y mitigadora y habrán de hacerlo de manera integral, en lo que hace relación con los aspectos físico, funcional, psíquico, emocional y social. (...)”*

Esta sentencia particularmente establece que bajo ciertas condiciones puede admitirse una cirugía plástica o estética como parte del servicio de la salud como derecho fundamental, en la medida que esta no solo responde a aspectos cosméticos o superfluos, ni únicamente de funcionalidad sino a otros *“aspectos como el bienestar emocional, social y psíquico que deben ser garantizados tanto por el Estado como por los particulares*

encargados de prestar servicios en salud, a fin de procurar a las personas una vida en condiciones de dignidad y calidad”.

Otra de las sentencias más relevantes es la T760-08 que recopila parte de lo dicho por la Corte Constitucional de Colombia frente a diferentes casos, entre estos se encuentra nuevamente la confirmación del derecho de salud como un derecho fundamental (que recordando implica que es un derecho inherente al ser humano) y este comprende el acceso a los servicios de salud de manera, oportuna, eficaz y de calidad.

La sentencia muestra como este derecho fundamental debe ser respetado por las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, en este punto la sentencia establece que de acuerdo a la jurisprudencia constitucional se reitera que estas entidades irrespetan el derecho a acceder a los servicios de salud si exige un pago moderador cuando esta carece de capacidad económica para hacerlo. En una línea de argumentación similar la Corte Constitucional en respuesta a la igualdad de derechos en el plan de beneficios de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y a la vulneración a que estos podían estar expuestos por razones meramente económicas sumado a la crisis financiera del sector subsidiado, evidencia la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado (UPC-S) y establece que el valor de esta debe ser igual a la UPC del régimen contributivo, estimadas bajo un rigor técnico confiable y preciso.

“Adicionalmente, la Corte advirtió la ausencia de justificaciones, razonamientos, fundamentos y/o soportes técnicos o de cualquier orden, bajo los cuales fuere constitucionalmente aceptable la fijación de una UPC diferencial entre ambos regímenes, más aun cuando por un menor valor se pretende la prestación del mismo catálogo de servicios y en condiciones idénticas de equidad, oportunidad y calidad”

Como parte del proceso del derecho a la salud en la historia colombiana y como respuesta a la coyuntura fiscal y macroeconómica es importante considerar que hay cierto tipo de restricciones de orden financiero y fiscal que impiden un total cubrimiento de todo tipo de necesidades de los solicitantes. Uno de los marcos legales más importantes fue el Acto Legislativo 03 del 2011 que regula la Sostenibilidad Fiscal, establece y establece que esta *“debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica”* es necesario aclarar que este acto legislativo *“en ningún caso se afectará el núcleo esencial de los derechos fundamentales”*, lo que implica que la sostenibilidad fiscal debe estar presente en las decisiones de los diferentes jueces y funcionarios públicos a la hora de tomar decisiones relativas a la prestación del servicio de salud.

Otro punto a considerar es que el servicio público a la salud al ser reconocido constitucionalmente como tal y partiendo de la definición de *servicio público* no tiene como finalidad la generación de utilidad o lucro económico, sino el bienestar de la sociedad. En su concepto 54415 del 17 de Octubre de 2006, la Contraloría General de la República defiende los recursos de la salud como inembargables. Esto va de la mano con el artículo 38 de la ley 1438 de 2011 el cual plantea claramente que (resaltado propio):

“LEY 1438 DE 2011

(19 de enero de 2011)

Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011

"Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones."

(...)

ARTÍCULO 23. GASTOS DE ADMINISTRACIÓN DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.”

Idealmente, las empresas privadas que participan vía EPS e IPS compiten vía eficiencia y calidad en beneficio de ellas y de la sociedad, sin embargo, la evidencia mostró que la rentabilidad la obtenían vía sobrecostos de los medicamentos del orden del 300% además de un uso indebido de los recursos entregados vía UPC en inversiones que aumentaban el patrimonio (CARACOL, 2008). El problema de esto es que, si bien están cumpliendo con destinar los dineros de la salud en eventos de salud, generan sobrecostos innecesarios al sistema.

De esta forma se concluye que en lo que concierne al caso colombiano y de la mano con el devenir histórico que ha presentado esta temática, existen ciertas prioridades para el Estado. Por una parte es un hecho que en Colombia se busca un acceso universal e igual para la población. Más aun, éste debe ser eficiente y oportuno. Por otro lado, el Estado debe garantizar estos servicios independientemente de la capacidad de pago de las personas (aunque, es preciso anotar que es posible requerir algún dinero a las personas, debido al carácter solidario del sistema). Dadas estas prioridades se hace indispensable que el sistema de salud sea eficiente ya que estos objetivos implican gastos bastante elevados y por ende el dinero ha de ser usado de la forma más eficiente. Esta aclaración es importante porque si bien el sistema busca asegurarles la salud a todas las personas, en la práctica es necesario generar incentivos para que el gestor regule su gasto con miras a que el dinero alcance a la población.

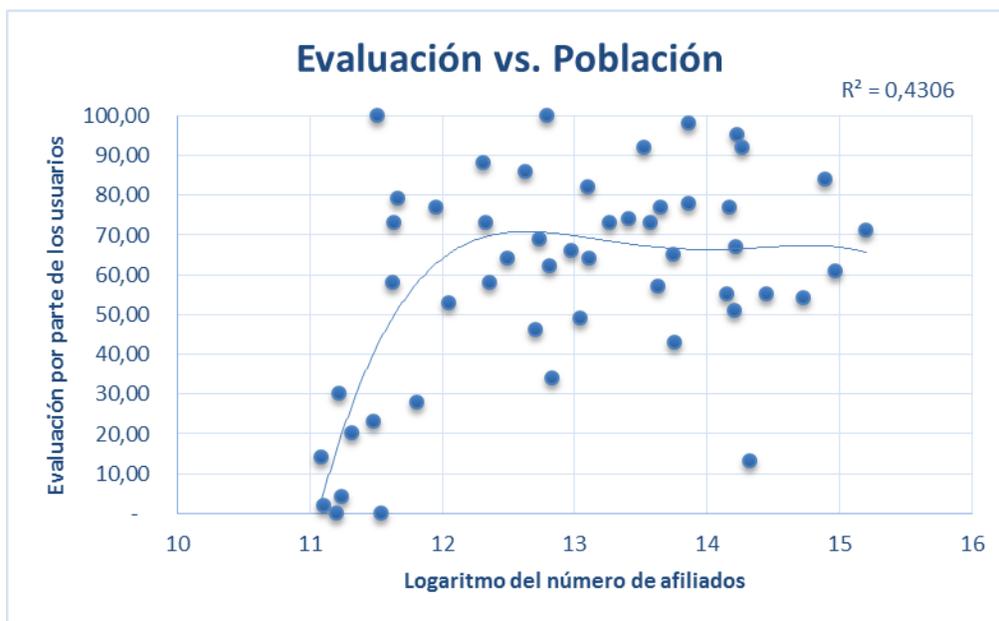
5.2. Sobre la determinación del gestor

Ya definidas las prioridades del Estado Colombiano se hace necesario determinar cuáles han de ser las características de un gestor en salud. Para lograr hacer esto de una forma lógica y estructurada se inicia el análisis a partir de cuál es el deber del gestor y desde ahí se derivan los distintos componentes del mismo. Al final se concluye con un resumen de todo lo que se recomienda que sea un gestor.

La razón de existencia del gestor es asegurar la salud de la población. Como se describió anteriormente, los dictámenes generados por la Corte Constitucional exigen que en Colombia cualquier persona sea tratada en caso de enfermedad. Es así como, en principio, el gestor debe hacer una gestión pertinente para que, cualquier persona que se enferme y esté vinculada a él, sea atendida de forma oportuna y eficiente. Queda abierta la pregunta sobre los eventos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con respecto a esto es importante decir que, en primer lugar, este tema queda fuera del alcance de este reporte ya que requiere un nivel de análisis propio y ajeno al objetivo central del trabajo. Por otro lado, como se verá más adelante, si los objetivos están alineados correctamente, una buena parte de las actividades de promoción y prevención serán la consecuencia lógica del ánimo del gestor por cumplir su misión optimizando recursos.

Dicho esto, se tiene un gestor cuyo deber es tratar de forma efectiva a toda persona que requiera un servicio de salud. Concentrados en este objetivo, es importante iniciar trabajando los requisitos operativos que debe cumplir el gestor. Como se dijo anteriormente, en Colombia, al haber afiliación a nivel nacional, se presentan problemas en el manejo de los pacientes. Esto es coherente con los argumentos a favor de la descentralización, ya que las unidades operativas que abarcan regiones heterogéneas, pierden resultados en eficiencia (WHO, 1990). Otra forma de evidenciar esto es a partir de la reciente encuesta de evaluación de los servicios de las EPS (2013). En esta se observa cómo, en lo que concierne a gestión, son las EPS de tamaño intermedio y con una fuerte concentración regional, las que presentan mejores resultados de calidad. A partir de este hecho se recomienda que el gestor tenga un tamaño limitado y además enmarque su gestión en regiones sanitarias que sean homogéneas en sus determinantes de salud. En este caso, en lo que concierne a las áreas de gestión sanitaria, nuevamente se reconoce que este tema sale del alcance del presente reporte. Aun así, en este caso se encuentra con el reporte de geografía sanitaria de Páez, Jaramillo & Franco (2013), el cual aporta unas áreas de gestión que se consideran apropiadas para el efecto del presente trabajo.

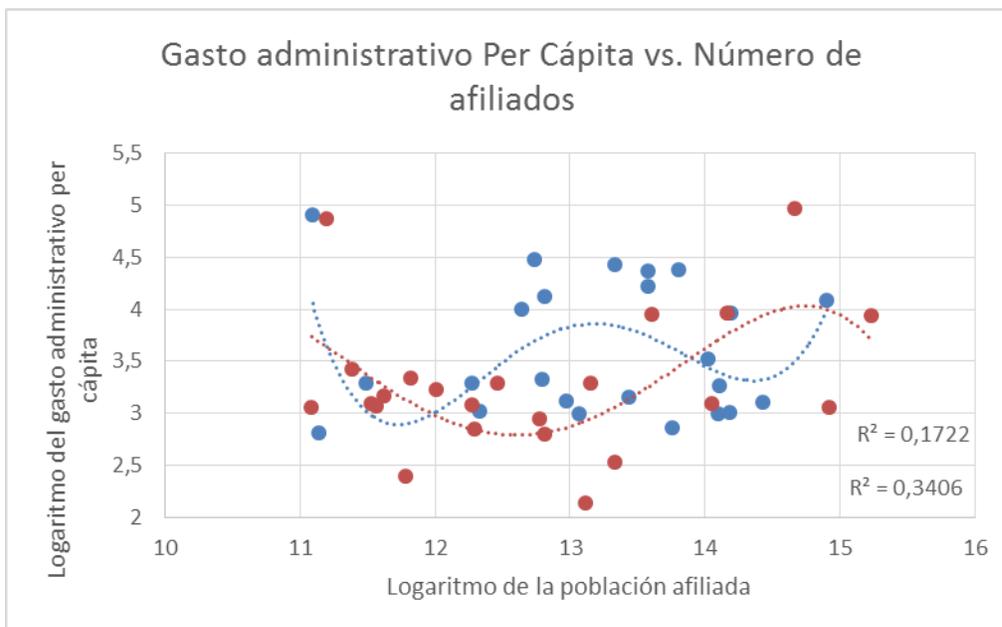
Ahora bien, en lo que concierne al tamaño de los gestores, la evidencia no es concluyente ya que hay una muestra pequeña de gestores para ser inferencia. Adicionalmente, de los que hay, las malas prácticas que han llevado que algunos estén intervenidos por la Superintendencia Nacional de Salud también han podido tener efectos generando ruido en los datos. Sin olvidar estas aclaraciones se realizan una serie de ejercicios con miras a entender cuál es el tamaño óptimo de un gestor. Para evitar un poco el sesgo asociado a los datos, se trabajará con aquellas EPS que han sido evaluadas por el Ministerio de Salud y de la Protección Social en la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS (2013). Teniendo en cuenta que la prioridad es respecto a la atención al usuario y el ahorro en costos administrativos, se usará el ranking de evaluación por parte de los usuarios. Se decide tomar solo este ya que es el único que entre sus elementos no tiene auto-reportes, los cuales pueden inducir ruido. A partir de esto, se tienen los siguientes resultados.



Gráfica 14 Evaluación de opinión vs. Población

En este primer gráfico se observa cómo, después de alcanzar 1.5 millones de usuarios, la evaluación por parte de las personas se vuelve ruidosa y en promedio no mejora ni

empeora. Por otro lado, de forma consistente se ve que aquellas EPS con números pequeños de usuarios tienen indicadores mucho más bajos que aquellas que tienen más de un millón de afiliados.



Gráfica 15 Gasto administrativo vs. población

Ahora bien, a partir de los estados financieros reportados por la Superintendencia Nacional de Salud, con corte a Diciembre de 2011, se tiene que las EPS que estuvieron en el Ranking y estuvieron por encima de la mediana (azul) tienen mucho ruido, no obstante se logra percibir una tendencia en la cual hay un óptimo entre un millón y millón y medio. Por otra parte, las EPS que estuvieron en la segunda mitad del ranking (naranja) presentan una tendencia más clara, donde los costos administrativos por persona se minimizan entre uno y dos millones de personas. Si bien no es una información concluyente, se cree apropiado usar como referencia un tamaño óptimo entre uno y dos millones de personas, además de la generación de estudios exclusivos para calcular este valor.

6.

7. ATRIBUTOS DEL GESTOR

7.1. *Afiliados y áreas del Gestor*

A partir de estos dos hechos, un tamaño limitado y unas áreas de prestación de servicio, se abren las dudas respecto a la asignación de afiliados y áreas a los gestores. En lo que respecta a las regiones, no todas son igual de fáciles de operar para un gestor. Por ejemplo, está la región asociada al eje cafetero la cual se caracteriza por buenas vías de acceso y servicios públicos, en la cual las facilidades de movilidad de la población son mucho mayores a las del Chocó, donde la comunicación es fluvial y los servicios públicos son limitados (Paez, Jaramillo, & Franco, 2013). De igual forma, la población está distribuida de forma distinta en el territorio. En Colombia coexisten regiones como le Guainía con poca población y distribuida sobre las riveras contrastadas con la isla de San Andrés, donde toda la población está concentrada y es de fácil acceso. Por esta diversidad, los costos de operación de las distintas regiones al igual que los modelos de atención que requieren son muy diferentes. Por este motivo, la forma de remunerar al gestor, de la cual se hablará más adelante, debe ser tal que no genere incentivos para preferir o rechazar determinadas zonas. Sin embargo, se deja claro que por los costos asociados a la atención y

transporte de algunas regiones del país, es altamente probable que –con pagos capitados relativamente estandarizados -no haya gestor que sea sostenible y el Estado ha de sostenerlo.

En lo que corresponde a la población se tiene un dilema parecido. Razonablemente, debido a las condiciones de salud, existen personas que implican mayores costos a un gestor. Con respecto a este tema, existen dos problemas teóricos evidenciados en el ejercicio de las aseguradoras de salud (Bajari, Hong, Khwaja, & Marsh, 2006), por una parte está el riesgo moral, que se asocia al incremento de los gastos en salud por el hecho de tener una cobertura y por otro lado se tiene el problema de selección adversa, en el cual el asegurador genera no acepta algunos individuos por problemas de información sobre sus enfermedades y características pre-existentes. Respecto a este último, cuando menos en un aspecto legislativo, las personas en Colombia no tienen motivos de mentir en sus condiciones ya que el Estado está obligado a garantizar un plan de salud completo e indiscriminado a la población. Esta afirmación es sustentada por los estudios empíricos, los cuales demuestran que –como es de esperar- este es un problema minoritario (Santamaria, Garcia, & Vásquez, 2009).

Además, se pueden presentar inconvenientes de selección de riesgos, donde el organismo que asegura no acepta algunos individuos por problemas de información sobre sus enfermedades y características pre-existentes un rechazo o discriminación hacia aquellas personas cuyas características hacen que sea de mayor costo. La presentación más común de este problema es el envío de señales por parte de las EPS a los afiliados, para que los más costosos se retiren a otra EPS (Vasquez & Gómez, 2006), lo que conlleva a que los discriminados sean aquellos que más ayuda médica requieren. A partir de la experiencia de Holanda (2008) y los aportes teóricos de Glazer y McGuire (2000) es posible comprobar que en los casos donde las aseguradoras tienen libertad de elegir a los afiliados, estos fenómenos se dan de forma persistente.

Por otro lado, en los casos donde el gobierno impone aceptar cualquier afiliado, se reducen algunos de estos problemas, pero todavía esto persiste. Con respecto al caso colombiano, las EPS tienen la obligación de aceptar cualquier persona que se desee afiliarse a ellas. No obstante, es por vía de atención y calidad como hacen la selección (Vasquez & Gómez, 2006). Esto no es un fenómeno local, los incentivos económicos asociados a la utilidad del asegurador hacen que se genere este tipo de selección (Stoltzfus, 2013). Hechas estas aclaraciones y dadas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2005), se considera correcto que la afiliación sea de las personas pero se insiste en la importancia de los incentivos económicos para evitar la selección de riesgos en formas similares a la registrada previamente. Nuevamente, por motivos de organización, el tema de incentivos económicos se discutirá más adelante.

Como se mencionó inicialmente, en aquellos casos donde no sea posible generar incentivos económicos, el Estado debe sostener la actividad del gestor. Por otro lado, en los casos donde sea sostenible es menester indicar cómo asignar los territorios.

7.2. ***Naturaleza del Gestor***

Una primera duda respecto al punto anterior concierne en la naturaleza de los gestores. En principio, no debería haber problema en que sean públicos o privados, sin embargo cada decisión tiene incentivos asociados: la delegación a entidades públicas genera intereses políticos los cuales pueden perjudicar la gestión de la operación (Regmi, 2010), esto se corrobora en la situación actual de las EPS donde se observa cómo aquellas de carácter público tuvieron sistemáticamente resultados más bajos en calidad de la

prestación de servicios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013); y si las empresas son privadas es menester de las mismas contar con un mínimo de margen de utilidad ya que, al ser dinero de entes no estatales, se requiere por lo menos que los proyectos sean sostenibles.

Este último punto relacionado con la rentabilidad se ha criticado fuertemente en el caso colombiano ya que la búsqueda de utilidad puede reflejarse en problemas de atención al usuario debidos a la contención de gastos (García & Chicaiza, 2010). Dado este escenario con respecto a los gestores públicos, la propuesta es establecerlos como entes independientes a los gobiernos locales, mientras que a los gestores privados deben darse los incentivos económicos adecuados. Hechas estas dos aclaraciones no es posible generar una recomendación en pro de un tipo particular de gestores.

7.3. Tipos de contrato del Gestor

Otro aspecto a considerar es con quién contrata servicios el gestor. Teniendo en cuenta que la prioridad del gestor es asegurar acceso y calidad a los servicios de salud, la población (dado un modelo de salud que está fuera del alcance del trabajo) debe poder tener acceso a determinados servicios de salud a distancias razonables desde el lugar de su residencia. Ya que el gestor debe garantizar el servicio de las personas, éste debe tener alguna relación económica con los prestadores del lugar. Pues bien, la forma de pago que medie esta relación trae consigo incentivos económicos para la prestación del servicio (Brick, Nolan, & O'Reilly, 2012).

Tabla 8 Resumen de los impactos teóricos de los mecanismos de reembolso a los proveedores en salud dentro de los sistemas de salud Fuente: Adaptado de Brick A. y col, 2012^{***}

	Tipo de Proveedor	Acceso	Calidad	Productividad	Contención del gasto	Carga del riesgo financiero
Presupuesto	Individual/institucional	-	+/-	-	+	Proveedor

^{***} **Notas:** +: Incentivo positivo; -: Incentivo negativo, +/-: Incierto; Acceso: se refiere a la capacidad de acceder a los servicios de salud cuando es necesario y no distingue entre acceso a diferentes servicios. Productividad: definida como el volumen de actividad o servicios provisto a los pacientes una vez que acceden a los servicios de salud. Comprador: se refiere tanto a terceras partes (ejemplo, compañías de reaseguro, el Estado) como a los individuos que acceden a los servicios de salud.

Capitación	Individual/ institucion al	+/-	+/-	-	+	Proveedor
Salario	Individual	-	+/-	-	+	Proveedor
Fondo mixto	Individual/ institucion al	+	+/-	+	-	Comprador
Pago por servicio	Individual/ institucion al	+	+/-	+	-	Comprador

En lo que respecta al caso colombiano, por el decreto 4747 de 2007 en el país solo hay tres posibles mecanismos de pago: Capitación, por evento y por paquete relacionado.

“a. Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

b. Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

c. Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.”

Como se puede observar, las tres relaciones traen incentivos buenos y malos al sistema. Por la parte de los pagos por capitación y los de grupo relacionado por diagnóstico, existe una tendencia por parte del prestador a restringir los servicios perjudicando la calidad (Brick, Nolan, & O'Reilly, 2012). Por otro lado, un pago por evento, fomenta la facturación por parte de los prestadores en eventos que no son del todo relevantes para el paciente – demanda inducida, como se conoce en la literatura- y si perjudican la sostenibilidad del sistema (Rice & Smith, 1999). De esta forma se tiene una disyuntiva entre la calidad y la sostenibilidad del sistema. Sin embargo, en esta situación existen soluciones recomendadas para cada caso.

El problema asociado a la capitación puede arreglarse con un marco normativo que permita al gestor pagar la completitud de la cápita si y solo si el prestador ha cumplido con unos resultados en salud determinados en contrato (Rice & Smith, 1999).

En lo que concierne al pago por evento, el problema surge cuando las tarifas no han sido acordadas previamente entre el asegurador y el prestador (Kingma, 1993). Adicional a esto, se tiene que la experiencia de Estados Unidos respecto a las HMO fundamenta su éxito en las redes de prestadores de servicios que estas tienen (Sekhri, 2000). Esto ocurre porque al contar con una red de prestación de servicios, las HMO pueden asegurar un servicio oportuno y de fácil acceso a sus clientes. De esta forma, por el hecho que para el gestor es muy importante generar contratos con los prestadores (independiente de la modalidad de pago) y por el hecho que esto aumenta la eficiencia del mismo, se considera que es un requisito que cada gestor tenga una red de prestación de servicios contratada y que cumpla con las condiciones requeridas por el ente rector en lo que respecta al modelo de atención.

Frente a las redes de los gestores existen dos argumentos en contra. Por una parte estas redes están fuertemente asociadas a la integración vertical, la cual es criticada por algunos sectores, este tema, por su importancia, se tratará en una sección independiente. Por otro lado, se critica que la existencia de redes limita la libertad de las personas de elegir sus médicos (Moller, 2002). Si bien este argumento es completamente válido, dados unos estándares de calidad en la prestación de servicios y ofreciendo un modelo de atención que cumpla con los requisitos de acceso y eficiencia apropiados, la libertad de elegir deja de ser por motivos de necesidad y más por motivos de voluntad.

Para el anterior caso particular este estudio sostiene la recomendación de la generación de redes ya que asegura acceso y calidad de servicio y no restringe del todo la libertad de las personas, es decir, de acuerdo con las prioridades escritas previamente, dados los recursos escasos el objetivo primordial es asegurar acceso y eficiencia, lo cual solo es posible si el sistema es sostenible. Por otro lado, realmente no se restringe la libertad, en otras palabras, a la persona se le garantiza la atención sin embargo, si la persona desea una atención particular se recomienda, en pro del sistema, que a la persona se le permita ir, pero que el gestor tenga una responsabilidad económica limitada al monto que este pagaría por la misma atención en su red. Naturalmente, no es posible garantizar que todos los pacientes vayan a la red, por ejemplo, en lo que concierne a los casos de urgencias, esta debe ser atendida donde llegue el paciente. En estos casos donde no es por voluntad, sino por necesidad, la responsabilidad completa del pago está en manos del gestor. Finalmente quedaría por estudiar los casos donde no haya infraestructura para generar una red de servicios, pero este caso será estudiado en la sección de integración vertical.

7.4. ***Asignación del Gestor***

Queda finalmente la duda sobre la asignación de los gestores. Por una parte se dice que estos solo son eficientes en un rango dado de afiliados. De esta forma, cada territorio tiene un cupo determinado de gestores. Este hecho genera controversia ya que al ser limitados, adquieren poder de mercado con respecto a los prestadores de servicios de salud- sin embargo, el poder de mercado es bueno desde la perspectiva de sostenibilidad del sistema ya que genera presiones a la baja de los precios de los productos y, desde un punto de vista dinámico, puede generar incentivos para que los hospitales se reestructuren –se concentren más- para ganar poder de negociación frente a los gestores, lo que al mismo tiempo genera economías de escala.

Se reconoce que, quedaría el problema asociado a la pauperización que se pueda generar en los prestadores. Naturalmente, y aprovechando la posición dominante, es de esperarse que el gestor busque los precios más bajos posibles, sin embargo, no le será posible firmar un contrato que implique pérdidas al hospital, ya que operar a pérdida y no operar hace preferible no operar para el hospital. Ante este argumento, se objeta que muchos hospitales pueden ofrecer precios bajos pero con calidad inadecuada, lo cual genera una

presión insostenible a los hospitales de calidad y un problema en la atención de los pacientes. Este es un riesgo cierto por el cual hay que prever. Puede preferirse esto a tener libre entrada y salida de gestores en la región, ya que estarán trabajando con niveles de afiliados muy bajos para ser eficientes y esto podría ser más nocivo para el usuario.

Aceptando el número limitado de gestores, quedan dos casos por analizar. En el primer escenario está la situación de una zona que sea valorada por más gestores de los que pueden estar en ella y el segundo escenario es la situación donde no se presentan suficientes gestores para la población del territorio. En ambos casos, un prerequisite necesario es que los candidatos a gestores tengan una red de servicios como se estableció anteriormente, la cual si bien no está contratada, está comprometida a trabajar con éste en caso de ser aceptado. Otro prerequisite es garantizar un mínimo de estándares en el modelo de atención a la población además de una capacidad logística y financiera adecuada para cumplir con los compromisos..

Para el primer escenario la recomendación asociada se dará en una sección posterior ya que está asociada a los mecanismos de ingresos del gestor.

El segundo escenario es aquel en el cual la oferta de gestores es mínima. En este caso la recomendación es que las entidades públicas se encarguen de ser gestores. Esta no es la solución ideal. De hecho, indica que los incentivos económicos no son adecuados para hacer de los gestores instituciones sostenibles. No obstante y siendo deber del Estado atender la población, es la solución práctica.

Otro hecho es que, tan pronto el gestor incumpla con los estándares asociados a la prestación de servicios, este ha de ser multado e inhabilitado, abriendo la oportunidad a una nueva ronda de gestores; igualmente, cuando las condiciones de la región hayan cambiado lo suficiente como para abrir nuevas plazas. Si bien esta idea suena fácil de aceptar, es conocido que tiene fuertes implicaciones políticas. Por este motivo se recomienda que las decisiones de deshabilitar sean tomadas por un órgano rector a partir de criterios objetivos de incumplimiento de estándares y que las decisiones de habilitar nuevos cupos sean a partir de reglas definidas desde el inicio del proceso, independientes a opiniones políticas. Esto con miras a darle transparencia y legitimidad al proceso.

De la anterior reflexión quedan claras las características del gestor y su forma de operación. No obstante, surgieron dos temáticas que continuamente requieren ser resueltas. Por un lado se encuentra la determinación de los ingresos del gestor. Por otro lado está la temática asociada a los temas de integración entre el gestor y los prestadores de servicios de salud. Por ser tan importantes, cada uno de estos temas tiene una sección independiente a continuación.

7.5. *Pago por Desempeño al Gestor.*

Una recomendación para evitar los problemas de pauperización y fomento de mala calidad descritos anteriormente puede estar en diseñar un sistema óptimo de pagos por resultados al gestor. Esto es completamente consistente con las prioridades ya que lo fundamental es la salud; de esta forma el gestor tendrá herramientas para reducir costos pero debe tener en claro unos estándares de calidad para funcionar. En general, las estrategias de pago por

desempeño buscan recompensar la obtención de objetivos fijados previamente. En este sentido, por ejemplo, el Colegio Americano de Cardiología ha definido doce criterios de información óptima requerida para el diseño de programas enfocados a tales incentivos (Diamond & Kaul, 2009):

1. Uso de medidas de desempeño basadas en la evidencia.
2. Diseño de modelos de negocios sostenibles para estimular la atención de alta calidad.
3. Proceso de recompensa, resultado, mejoramiento de los desenlaces alto desempeño sostenido.
4. Asignar crédito de tal forma que sea legítimo y estimule la cooperación.
5. Uso de datos clínicos sobre los administrativos.
6. Fijar objetivos de desempeño nacionales.
7. Usar criterios apropiados derivados de la evidencia empírica y el consenso de opinión.
8. Recompensar patrones exitosos de atención y no atenciones “caso a caso.”
9. Permitir la auditoria por parte de terceras partes y por los actores involucrados.
10. Establecer evaluaciones transparentes.
11. Evitar incentivos perversos con consecuencias involuntarias.
12. Invertir en investigación de resultados y de servicios de salud.

Actualmente, la teoría del conocimiento de los incentivos financieros, ha dado un cambio significativo en su enfoque, dado que el segundo grupo de los mismos se enmarca bajo los incentivos por resultados y más recientemente aún, incentivos por beneficios e incentivos por calidad. Existen sutiles pero importantes diferencias entre los tres mencionados. Mientras que los incentivos por resultados están más ligados a los incentivos por desempeño, los incentivos por beneficios consideran aspectos clínicos muy relevantes en el contexto de salud. Por ejemplo, se predice que un paciente con una angina refractaria debilitante a manejo médico óptimo tendrá un mejor beneficio de una revascularización miocárdica que un paciente asintomático con una isquemia de máximos esfuerzos. A pesar de estas diferencias en el beneficio, el pago por la revascularización en estos dos pacientes es, en esencia, el mismo bajo un modelo de pago por desempeño, dado que la recompensa está dada por el servicio oportuno prestado sin tomar en cuenta el beneficio clínico de ambos casos, en donde la indicación terapéutica es la misma (Diamond & Kaul, 2009).

De otra parte, los incentivos que se refieren al pago por calidad, podrían definirse como una combinación de dos primeros de este segundo grupo puesto que recogen elementos de resultados y servicios ofrecidos y, en cierta medida, beneficios clínicos. En este punto, vale la pena detenerse para aclarar que la literatura revisada utiliza el término de calidad indistintamente para denotar diversos resultados en salud que pueden ir desde indicadores de seguimientos de guías clínicas, de morbimortalidad, hasta indicadores de satisfacción de usuarios. Por ejemplo, en los Estados Unidos, varios programas de incentivos financieros en este sentido han sido piloteados recientemente en varios de sus Estados, siendo uno de ellos el “Hospital Quality Incentive Demonstration Project,” mismo que para infarto agudo al miocardio ha definido determinados siguientes indicadores de calidad como (Bonis, 2005):

- Aspirina al arribo.
- Aspirina prescrita al egreso.

- Inhibidor de Enzima Convertidora de Angiotensina para disfunción ventricular izquierda.
- Consejería en suspensión de fumar.

Este último aspecto del término de calidad y por ende de los indicadores diseñados para medirla, es fundamental para entender los resultados que la literatura mundial expone frente a las intervenciones con incentivos. En general, como se puede concluir es importante definir muy bien la estructura de estos pagos para generar los incentivos correctos. Sin embargo, este tema se precisará más adelante.

Síntesis:

Entre los atributos del Gestor se resume:

1. Debe trabajar en áreas delimitadas en los cuales la población se pueda afiliar a ellos sin restricciones.
2. Puede ser público o privado, dadas ciertas condiciones.
3. Necesita una red de servicios consistentes con el modelo de atención deseado
4. Puede ser público cuando no hay condiciones para la instalación de un gestor privado (caso en el cual la oferta sea mínima)
5. Debe ser evaluado por el gobierno y asignar un “premio o castigo” dependiendo del desempeño

7.6. ***Sobre los ingresos del gestor***

El primer tema a discutir está asociado a los ingresos del gestor. Este tema es fundamental ya que de él derivan gran parte de los incentivos previamente descritos.

Retomando el concepto abstracto de gestor, su misión es asegurar el acceso a servicios de salud con ciertos estándares de calidad, sin embargo, como se mencionó anteriormente, es importante generar incentivos para que sea un comprador inteligente, es decir, garantice unos estándares de calidad optimizando los costos.

Dadas estas premisas, una primera posibilidad sería que el gestor sea el equivalente a un administrador de los gastos, de esta forma, los pacientes van usando servicios de salud y los administradores van cargándolos a las cuentas del Estado. Aun así, esta opción presenta una serie de inconvenientes teóricos. El problema se centra en que, como administrador, no tiene una presión directa para contener costos ya que en principio su objetivo es adjudicar y administrar el dinero. Este problema de principal agente ha sido estudiado en la economía teoría de agencia (Nyberg, Smithey, Gerhart, & Carpenter, 2010).

La teoría de agencia plantea tres posibilidades de alinear los incentivos del administrador. Inicialmente, se propone tener una mayor revisión sobre el mismo, sin embargo, si este fuera el caso, el Estado debería revisar detalladamente las acciones de éste. De esta forma, no terminaría habiendo valor agregado al tenerlo y no tener directamente al Estado gestionando la salud.

La segunda alternativa es incentivando otros posibles gestores, con miras a que el primero sienta su puesto amenazado y busque dar buenos resultados. El problema con esta alternativa es que el trabajo es atractivo según la rentabilidad que provea. No obstante, al trabajar con recursos públicos, la rentabilidad no debe ser muy alta ya que se estarían

gastando recursos valiosos que pertenecen al bien común. Pese a lo anterior, este punto podría promoverse asegurando que cada cierto tiempo, el gestor sea evaluado y requiera compararse con otros para mantener su posición.

La tercera alternativa es asociar los ingresos del administrador con los objetivos del Estado. En el caso de corporaciones, usualmente esto implica pagarle parte en acciones de la compañía. En este caso, es posible hacer algo por el estilo. Para lograr esto se propone que parte de su utilidad se devengue de los excedentes o déficits que tuvo durante un periodo, dado un gasto esperado presupuestado. Sin embargo, en este marco teórico, nótese que el administrador pasa a asimilarse mucho más a un asegurador, al cual se le asigna un gasto esperado (o prima de riesgo) y sus utilidades dependen parcialmente del desfase entre el gasto esperado y el gasto real. Este es un mecanismo similar al de la Unidad de Pago por Capitación.

En este contexto se plantea una segunda opción, la cual hace del gestor un asegurador al cual se le paga una prima y este debe estar encargado de cuidar la salud de las personas. Ser asegurador genera una serie de ventajas y desventajas que ameritan ser estudiadas. En primer lugar, claramente hay alineación de intereses de contención de gasto, ya que parte de la ganancia del mismo está en no derrochar la prima. En segundo lugar se demuestra que, siendo asegurador, hay incentivos para fomentar ciertas actividades de promoción y prevención. Las pruebas de lo anterior se encuentra en el Anexo 1 de este documento.

Paradójicamente, tanto la teoría como la evidencia empírica en Colombia han mostrado que no es correcto asegurar el componente de promoción y prevención de la salud (es decir, hacerlo parte explícita de la prima). Desde la teoría, el problema surge porque siendo la promoción y prevención un evento deseado por las personas, se generan incentivos a aumentar la frecuencia en el uso de los mismos, haciendo que la prima del asegurador no sea suficiente para cubrir la demanda de servicios (Stiglitz, 1983). Este caso se ha comprobado en la realidad Colombiana, donde se ha reconocido que la inclusión de promoción y prevención como parte de la UPC ha aumentado sus frecuencias por encima de los valores esperados (Santamaria, Garcia, & Vásquez, 2009).

Además, siendo la promoción y prevención una cuestión de estándares (por ejemplo “vacunar a toda la población”) este dato no tiene riesgo asociado ya que no depende de un factor aleatorio por ende el asegurador en este contexto no debe tener como parte de la prima estos eventos. Algunos los hará por incentivos propios y otros el Estado habrá de financiarlos. Seguramente, el asegurador puede ayudar en estos casos como un administrador, generando los eventos y cobrándolos al Estado, pero se reitera que no tiene sentido asegurar ya que se desea fomentar la totalidad de los eventos.

Otro hecho de los aseguradores es que no les es rentable asegurar eventos de bajo costo y alta frecuencia. Desde principios de siglo XX se han hecho reportes que indican como el mayor porcentaje de atenciones es de alta frecuencia y bajo costo (Lord Dawson On The Consultative Council's Report, 1920). Sin embargo, estos eventos no parecen ser rentables para el asegurador: una muestra teórica de las causas detrás de este fenómeno se pueden encontrar en el Anexo 2 de este documento.

Por otro lado, trascendiendo la teoría, la existencia de aseguradores puros ha generado incentivos perversos en el sistema, los cuales se traducen principalmente en los problemas de riesgo moral, selección adversa y contención excesiva de costos (Jack, 2002). De ahí se concluye que tampoco es prudente tener un asegurador puro. Empero, se reconocen las virtudes que estos tienen en lo que respecta a buscar hacer compras eficientes y en motivar la promoción y prevención. Finalmente, y es debido a las crisis actuales, los aseguradores tienen un riesgo extra y es el asociado a la liquidez.

En este tipo de seguros es muy importante la liquidez ya que eventos de alto costo pueden ocurrir en cualquier momento (Acerbi & Scandolo, 2007). Sin embargo, en el caso de Colombia, esto hace que la posición del asegurador sea poco rentable. Los ingresos de un asegurador están repartidos entre la diferencia entre la prima cobrada y la prima pura y las inversiones hechas. Pero, como se vio anteriormente, en Colombia los dineros de la salud no pueden ser invertidos, y por otro lado que el Estado calcula la UPC a prima pura más un porcentaje dado de gastos administrativos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). De esto se entiende que el margen de ganancia de un asegurador debería estar definido únicamente al porcentaje asignado a gastos administrativos y eventuales ganancias extraordinarias por gastos menores a la prima pura.

Paradójicamente, estas dos restricciones son apoyadas por la literatura y por los acontecimientos del país. En lo que respecta a la determinación de la prima, imponerla por parte del gobierno a los aseguradores fomenta una discriminación vía precios que motiva la selección adversa y el riesgo moral (Brosse & Kifmann, 2013). Se considera que hay alternativas para evitar esto vía impuestos, pero la evidencia empírica ilustra cómo los incentivos son tan nocivos que gobiernos como el de Holanda han tenido que entrar directamente a imponer la prima (Ministry of Health, Welfare, and Sports, 2008). El problema radica en lo siguiente. Si el gobierno no determina la prima, o se genera una competencia a la baja que perjudica la calidad ya que los aseguradores proponen primas con las que no pueden cubrir el gasto en salud de forma eficiente, o dado que el Estado tiene que pagar la salud, se genera presiones al alza. De esta forma, se considera que, pese al problema de ganancias, es prudente, en caso de aseguradores, tener la prima dada por el Estado. Con respecto a las inversiones, el problema es que el manejo del dinero genera incentivos a invertirlo y muchas veces, esta deriva en activos altamente riesgosos promoviendo posteriormente crisis. Este problema ha exigido en otros sectores, como el pensional la regulación de las inversiones (Blome, Fachinger, Franzen, Scheuenstuhl, & Yermo, 2007). Adicionalmente, y como se mencionó al inicio, poseer la liquidez ha hecho que los aseguradores tengan incentivos a fomentar las carteras con los prestadores llevando a situaciones insostenibles en el sistema.

Es a partir de este marco conceptual que se hace necesario intentar sintetizar las virtudes de un modelo de administración con un modelo de aseguramiento, evitando las complicaciones que estos generan.

Se inicia indicando que a los gestores se les asigna una capitación por cada afiliado que posean (es decir una prima pura). Se opta por esta alternativa ya que la capitación genera incentivos para evitar los gastos excesivos (Rice & Smith, 1999). Esta capitación no se le entrega al gestor, sino que se preserva en unas cuentas del Estado. Esto se hace buscando evitar los incentivos al aumento de las carteras morosas y las inversiones riesgosas. El gestor debe indicarle al Estado a que prestadores desea girarles dinero y el Estado, sin oposición hará los giros. Esto se hace para aumentar el flujo de recursos en el sistema sin interferir en la libertad del gestor de administrar. Ahora bien, como se calcula una prima pura, es posible que haya momentos en que el gasto sea mayor a la capitación asignada al gestor. Por eso y también para controlar el riesgo moral del gestor asociado a una mala administración, se le exige entregar al Estado unas reservas monetarias que prevean estos riesgos de liquidez. De esta manera, si la prima es insuficiente, el dinero se asignará de las reservas. Por este mismo motivo es importante que, si después de terminado un periodo el nivel de reservas es menor al solicitado, el gestor deba poner más dinero con miras a empezar el nuevo periodo con este nivel. De no ser así, existe un alto riesgo que haya iliquidez. Por ende se recomienda poner esto explícitamente como requisito de habilitación.

Hasta el momento se están olvidando dos temas fundamentales en lo que concierne al gestor. Por una parte su utilidad y por otra parte no ha habido incentivos en salud que son el centro de atención. Para eso se propone lo siguiente. Al final del periodo y asumiendo que la prima pura fue precisa (es decir, determino exactamente el promedio del gasto de una población debidamente ajustada) es posible que haya gestores que hayan gastado más de la prima y otros que hayan gastado menos de la prima. Una posibilidad sería que los excedentes se declararan como ganancia al gestor y los déficits como pérdidas. Sin embargo no se considera ni justo ni estimulante ya que, al ser la prima pura un promedio, el hecho de tener gestores con superávit, implica tener gestores con déficit independiente de la calidad de su gestión. Esto haría que temiendo por las pérdidas muchos empiecen a generar trabas en las atenciones perjudicando la calidad de los servicios.

Contradictoriamente, si sus ganancias no estuvieran asociadas a estos excedentes, no habría incentivos para contener costos. De esta forma, se propone que, al final del periodo, todos los excedentes sean recolectados. Posteriormente, se haga una medición de los resultados en salud del gestor. Estos pueden ser medidos según las recomendaciones de Pago por Desempeño de Diamond (2009). Sin embargo se resaltan cuatro puntos cruciales que deben estar incluidos:

1. Entrega de información relevante de forma oportuna (e.j se entrega un reporte apropiado de atenciones y gastos al ente regulador. Es importante, además, que sea información que no sea manipulable).
2. Indicadores de salud (e.j niños vacunados).
3. Indicadores de procesos (e.j tiempo en filas)
4. Indicadores financieros (e.j costos administrativos sobre ventas).

Es importante en estos procesos la transparencia y la participación de los distintos actores para dar legitimidad al proceso (Fritz, Kaiser, & Levy, 2009), por ende se recomienda que haya dos evaluadores: por una parte, una evaluación con medidores objetivos hecha por parte del Ministerio de Salud y de la Protección Social o el ente regulador asignado y una evaluación cualitativa de pares. Esta segunda no solo legitima al sistema sino que hace que se comparta el conocimiento, las buenas y las malas prácticas para mejorar el sector.

Dada la evaluación el objetivo es cumplir con estándares determinados desde el inicio. Aquellos gestores que no los cumplan no obtendrán beneficios de los excedentes, en caso de tenerlos y además recibirán una multa contra las reservas, proporcional al incumplimiento. Por otro lado, con respecto a los que si cumplieron los estándares, se propone que con todos los dineros de excedentes y multas recaudados por la primera etapa se paguen los déficits de aquellos que tuvieron una buena gestión pero la capitación les fue insuficiente, y los dineros que sobren sean repartidos de forma proporcional a los superávits entre los que tuvieron excedentes y el Estado (con miras a hacer el sistema sostenible. Ahora bien, cabe la duda si este proceso permite que el Estado cubra los déficits sin tener que poner más dinero. Como se demuestra en el Anexo 3 de este documento, y con el supuesto de una prima de riesgo bien calculada, esta preocupación puede dejarse de lado.

El principal objetivo del pago por desempeño es incentivar la generación de valor en salud, que es la relación entre los resultados de la atención en salud de la población y los recursos para esto invertidos (Porter, 2010). Idealmente, este mecanismo debe optimizar la relación entre los recursos disponibles para lograr el acceso a servicios de salud de calidad y mejores resultados en, calidad de vida, equidad y el apoyar una cultura del mejoramiento continuo. A su vez debe ser fácil de administrar y debe tener una sostenibilidad económica y financiera (van Herck, Annemans, de Smedt, Remmen, & Sermeus, 2011).

La evidencia disponible muestra que no hay reglas generales que garanticen el éxito de la implementación de mecanismo de pago por desempeño, lo que exige diseñar con detalle estos mecanismos para cada caso particular, especialmente en lo que tiene que ver con su operación e implicaciones.

El pago por desempeño a los gestores se puede resumir en un esquema de tres niveles, donde el primero es una penalidad por el incumplimiento en la realización de las actividades que son deseables por el impacto positivo en la salud de la población. El segundo, es el de mayor tamaño y corresponde a la evaluación del cumplimiento de las funciones asignadas a los gestores, donde el mecanismo pago por desempeño es una barrera de acceso a las ganancias. En nivel 3, de tamaño más pequeño, hay un incentivo financiero adicional para los gestores que logren un desempeño superior.



Figura 8 Niveles de reconocimiento

En lo que respecta al caso colombiano, se recomienda que se trabaje con uno o más de los niveles mencionados. De hecho, ya se mencionó un ejemplo de nivel 1 y 2. Las características de cada uno de los niveles se presentan en la tabla 3. Para cada una de ellas se identifica el nivel en el que opera, la característica del incentivo y la fuente de recursos, las ventajas y limitaciones.

	Características incentivo	del Ventajas	Limitaciones.
Nivel 1	<ul style="list-style-type: none"> • Penalidad por incumplimiento en la realización de actividades de Protección Específica y Detección Temprana. • Evaluación con un índice de 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención de corto plazo • Enfocado en obligar a la realización de 	<ul style="list-style-type: none"> • El gestor puede preferir el descuento a realizar las acciones por tener un valor menor que realizar las

	<p>cumplimiento con una periodicidad definida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El incumplimiento lleva a un descuento en: <ul style="list-style-type: none"> ○ Rendimientos financieros de las reservas ○ Reservas en el fondo del Estado 	<p>actividades con claro beneficio para la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existe una metodología de recolección de información ya definida que fue concertada con las actuales EPS. 	<p>actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construcción del índice y confiabilidad de la información reportada por los gestores. • Las soluciones a estas limitaciones ya fueron planteadas en el ejemplo inicial.
Nivel 2	<ul style="list-style-type: none"> • El acceso a las utilidades o ganancias depende de la obtención de resultados para los problemas priorizados (corrige el incentivo perverso del nivel 1). • El cumplimiento de resultados elimina la barrera para acceder a las ganancias ya sea por excedentes o si están pre definidas. • La medición de cumplimiento tiene varias dimensiones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades de protección específica y detección temprana ○ Resultados en salud seleccionados ○ Evaluación por parte de los afiliados (encuesta) ○ Gestión (contratación con acreditados, pago a IPS) • El acceso a las ganancias se da en relación a la proporción de los resultados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación multidimensional que permite distinguir entre quienes generan excedentes por mal servicio de quienes generan excedentes por buena gestión. • El usuario es el centro del desempeño. • Se enfoca en la obtención de resultados en condiciones o enfermedades priorizadas. • Impacto positivo en la reducción de carga de enfermedad según la priorización realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • El cálculo del valor óptimo del incentivo para generar el comportamiento previsto. • La dificultad en la medición • Falta de atención a problemas de salud no priorizados. • Necesidad de procesos de auditoría y verificación de los resultados.
Nivel 3	<ul style="list-style-type: none"> • El gestor accede a un recurso financiero adicional si tiene un desempeño superior. • Los recursos provienen de los excedentes de otros gestores que no 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve el mejoramiento continuo. • No requiere 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de metas superiores. • Estimación de los costos promedio y marginales para llegar a

	<p>cumplieron con los resultados esperados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una proporción de la acumulación de los excedentes de todos los gestores se destina a este nivel. • Para acceder a este nivel debe haber cumplido con las metas de los dos primeros. • El incentivo en este nivel es igual o mayor al costo marginal de lograr resultados superiores. • Debe existir un mecanismo que de manejo adecuado a la selección adversa. 	<p>recursos adicionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El beneficio es para el usuario. 	<p>desempeño superior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el logro de metas de desempeño superior está muy alejado de las del nivel 2, el incentivo puede desaparecer.
--	---	---	--

Tabla 9 Especificación de cada nivel de reconocimiento

Como se hace evidente, salvo por el último componente, el ejemplo presentado muestra de forma sostenible pago por incentivos en los dos primeros niveles. El tercer nivel es posible alcanzar dados los excedentes que se generan de las multas propuestas a las reservas de los gestores. Pero, es preciso que el Estado sea cuidadoso en la determinación de los estándares para tener beneficios extra ya que pueden ser fuente de incentivos perversos si son muy rentables, o de déficit para el Estado si se imponen metas muy bajas. Sea como sea, se hace notar que en ningún momento estos estímulos se dirigen hacia la prima pura. Existen dos razones para esto. Por una parte, por la forma en que se recomienda la operación del gestor, afectar la prima pura afecta el dinero con el que va a atender a la gente, luego el perjudicado es el sistema. En segundo lugar, como se hace evidente, si la prima no le alcanza, el gasto en salud va contra las reservas. Por ende, no penalizarlas directamente es solo crear un paso más, el cual es inoficioso y puede traer incentivos perversos. Con todo esto es preciso definir los diferentes componentes de un gestor. Por una parte, los gestores deben cumplir los requisitos en salud pues de no hacerlo, llevan castigo contra las reservas. Además existen incentivos en las ganancias por minimizar los costos, ya que con base a los excedentes pueden tener ganancias ocasionales, sin embargo, se reduce la presión por contener excesivamente costos ya que aquellos que queden por debajo del promedio serán compensados con las reservas que tuvieron que entregar. De esta forma, este mecanismo hace que, si cumplen con los estándares de salud no haya pérdidas, pero si además logran mejorar los procesos y ser eficientes en el uso de la cápita, puedan tener ganancias ocasionales. En este punto es importante recordar que se considera prudente que uno de los criterios de evaluación sea la revisión de pares, ya que los incentivos los direccionan a tener evaluaciones precisas. Nótese que, a un gestor no le conviene aprobar los resultados de otro ya que si este tuvo déficit, la bolsa común no será invertida en él, pero si este tuvo superávit, los excedentes irán para la bolsa común pero no se le distribuirán después, aumentando así el tamaño de la bolsa. De esta forma hay

fuertes incentivos por reprobar las evaluaciones de calidad. Pero, también sabe que igualmente será evaluado por sus pares. De esta forma se genera un dilema del prisionero en el cual los equilibrios de Nash fluctúan entre reprobar todas las evaluaciones o actuar objetivamente. En este caso, si bien ambos equilibrios son posibles, los entes de control pueden entrar a revisar los reportes de la evaluación de pares y así a partir de sanciones, fomentar el equilibrio socialmente óptimo. Se reconoce que es preciso que el Estado diseñe un mecanismo de auditorias con miras a evitar la generación de colusiones. Sin embargo las presiones técnicas de éstas están por fuera del alcance de este estudio.

Es así como se presenta un modelo de gestor que tiene incentivos para la contención del gasto y además tiene incentivos para los resultados en salud. No obstante queda la duda de los incentivos para participar en el negocio ya que estas ganancias que han sido mencionadas son ocasionales y dependen de una población que no depende del gestor. En este caso, se sugieren dos alternativas. Por una parte, debido a la búsqueda de liquidez y flujo de recursos, el gestor no tendrá acceso directo a los recursos del sistema, ni siquiera la de su reserva. Sin embargo, esto no impide que el fondo donde esté el dinero genere alguna rentabilidad de riesgo bajo o nulo. En Colombia esto ya se ha venido aplicando en el Fondo de Seguridad y Garantías (FOSYGA) en su manual de portafolio (Fondo de Solidaridad y Garantía, 2012) y ha demostrado retornos estables. Naturalmente no son muy altos, debido a la relación entre retorno y riesgo, pero por lo menos pueden cubrir la pérdida del valor del dinero en el tiempo e incluso generar excedentes. La segunda alternativa, complementaria a la primera es generar una utilidad por los servicios de administración. Es decir, aportar al gestor una ganancia fija en los costos administrativos con miras a que sea sostenible. En este caso habría dos propuestas. Por una parte, que tal cual ocurre actualmente, el Estado fije el gasto operativo. Pero, esta es una propuesta altamente criticada por la falta de estudios al respecto y el hecho que el Estado no tiene conocimiento preciso de las realidades regionales (tal como se sustentó en toda la primera parte del estudio). La segunda propuesta se vincula a un interrogante que había quedado abierto respecto a la habilitación de los gestores. Se propone que el criterio de desempate, cuando haya un número de gestores interesados en una región mayores al número de posibles cupos, se haga por una subasta de segundo precio (Gomes & Sweeney, 2009). La literatura sustenta que este tipo de subastas, si bien hacen que el Estado pague un poco más de lo que es el costo de administración propuesto por el ganador, los gestores tengan incentivos a mostrar su verdadera valoración respecto a estos costos, garantizándoles así un margen de ganancia de competencia y además aportándole información al Estado para el posterior desarrollo de nuevas políticas. En todo caso, es importante que, a diferencia de la situación actual del país, el costo de operación no se relacione con la capitación. Conceptualmente el dinero reconocido por una capitación está dado para atender los costos de los eventos de salud, mientras que un gasto administrativo está asociado a la logística empleada por el gestor para coordinar los prestadores de servicios. Como no hay prestación de servicios, no hay diferencia logística en contratar un tipo de servicios u otro, luego no hay asociación de estos costos con la prima. De esta forma, no es apropiado, pero también se teme por la generación de incentivos perversos que puedan devenir asociados a esto.

En síntesis, como se puede apreciar por el devenir argumentativo, esta tercera opción se considera una recomendación apropiada para un gestor ya que le genera incentivos económicos para participar y además alinea sus intereses con los del Estado en pro de la calidad y el acceso a los servicios, sin fomentar gastos descontrolados. Queda por tratar, respecto a este tema, como se determina la capitación.

7.7. **Sobre la capitación**

Determinar cuál es el monto que se le va a asignar a cada gestor por el cuidado de los individuos es un tema tan sensible a los incentivos que requiere una sección propia. Como se verá a través de este acápite, existen tres temas importantes de tratar: forma de cálculo y obtención de datos, ajustes ex-ante y ajustes ex-post. Es importante aclarar que, esencialmente, una capitación es una prima de riesgo. De esta manera, el término capitación y prima serán usados indistintamente.

FORMA DE CÁLCULO Y OBTENCIÓN DE DATOS

Cómo se aclaró al inicio, los dineros dedicados al pago de servicios de salud tienen esta dedicación exclusiva. Por este motivo se planteó que la utilidad del gestor no depende directamente de la prima pura. De la mano con lo anterior, este gestor ha de ser neutro al riesgo, ya que por la construcción de incentivos propuesta en la sección anterior, mientras haga bien el trabajo su utilidad no se verá afectada por la dispersión de los datos. Ante estos hechos se considera que la capitación ha de tener la estructura de una prima pura. Es decir, esta debería ser suficiente para que, en valor esperado, el gestor reciba exactamente lo que ha de gastar. Matemáticamente, esto equivale a:

$$\pi[X] = E[X] \quad (20)$$

Donde $\pi[X]$ es una función del monto X y resulta ser el valor esperado del mismo, y X con función de distribución $F_X[x]$. De acuerdo con Kaas *et al* (2001) presenta suficiencia únicamente para la neutralidad con respecto al riesgo y cumple por su definición con las siguientes propiedades deseables:

1. Principio de cargas no negativas: $\pi[X] \geq E[X]$, es decir la función de la prima pura debe ser al menos igual al valor esperado de la prima
2. Principio de la no-estafa: $\pi[X] \leq \min\{p \mid F_X[p] = 1\}$, es decir la prima debe ser inferior al máximo valor de reclamaciones
3. Consistencia: $\pi[X + c] = \pi[X] + c$, es decir, si la prima X aumenta en una constante c el monto, la prima debe aumentar en la misma constante c.
4. Aditividad: $\pi[X + Y] = \pi[X] + \pi[Y]$ para X, Y independientes, es decir, unir dos montos independientes no influye la prima total.
5. Iteratividad: $\pi[X] = \pi[\pi[X|Y]]$, es decir, la prima para X se puede calcular en dos pasos. Primero aplicando la función $\pi[*]$ a la distribución condicional $\pi[X|Y]$ y aplicando nuevamente a dicha distribución.

Dado que $\pi[X] = E[X]$ se demuestran por las propiedades (Blanco, 2010) del valor esperado las propiedades;

1. Es claro que $E[X] = E[X]$ por lo que esta primera propiedad es inmediata
2. Como se asume que los montos son acotados superiormente el valor esperado existe y es menor al máximo valor en reclamaciones.
3. Por ser un operador lineal $E[X + c] = E[X] + c = \pi[X] + c$
4. Por ser un operador lineal $E[X + Y] = E[X] + E[Y] = \pi[X] + \pi[Y]$

5. El valor esperado es iterativo, luego $E[E[X|Y]] = E[X] = \pi[X]$

Una vez conocidos los costos de cada expuesto, se debe calcular un monto total esperado.

A la hora de calcular la prima, que equivale al costo esperado, se pueden usar dos alternativas. Por una parte, definiendo frecuencia como el promedio de eventos por persona en situación de riesgo y severidad el costo esperado de un evento, se tiene que el costo esperado por persona es el producto de la frecuencia por la severidad. Otra alternativa es calcular directamente cual es el costo esperado de una persona en riesgo (Yan, 2010). En la actualidad, en Colombia se calcula el costo esperado a través del modelo de frecuencia-severidad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En lo que respecta al mismo, y a muchos otros casos a nivel mundial, se tiene que el poder predictivo de esta estimación es muy baja (van de Ven & Ellis, Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets, 1999). Una posible forma de entender esto es a causa de la gran volatilidad que hay en los costos de las diferentes enfermedades y tratamientos y por ende el gasto de las personas.

Un fenómeno empírico que se ha presentado con regularidad en varios países del mundo es la elevada participación de cohortes poblacionales muy pequeñas en el gasto total incurrido por las sociedades en temas de salud. En los Estados Unidos, por ejemplo y según estimaciones de Cohen & Yu (2013) para 2009, el 1% más costoso de la población se llevó el 21.8% del agregado de costos del sistema, mientras que al 5% le correspondió el 49% y al 10% el 63.3%. Este hecho estilizado, que según Kossarova (2008) tiene implicaciones relevantes de política pública^{§§§}, también ha tenido lugar en Colombia pues, según cifras para 2011 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, a partir de las bases de SISPRO de Gestión de la Demanda, la atención del percentil más caro de la distribución de pacientes del régimen contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) costó lo equivalente a poco más de un tercio lo que valieron todas las atenciones dentro de esa rama del SGSSS. En los siguientes párrafos se presentarán algunas explicaciones que la academia ha ofrecido para sustentar la existencia de esta regular particularidad.

La literatura relacionada con este tema ha identificado algunos elementos que pueden explicar que la elevada concentración de la distribución de costos dentro de los sistemas de salud. En esencia, existen dos grandes explicaciones complementarias: la primera, que sugiere que existen *pacientes de alto costo* pues hay *enfermedades de alto costo* que son difíciles de predecir y su tratamiento, bien sea paliativo o curativo, es costoso por la complejidad intrínseca de los mismos y los altos precios de los procedimientos y medicamentos necesarios para llevarlos a cabo –que, a su vez, se derivan del traslado de los costos de desarrollo a los consumidores finales por el poder de mercado y la protección de la propiedad intelectual con que cuentan las firmas que los ofrecen. La segunda, más sofisticada en principio y reciente que la anterior, sugiere que un efecto colateral de los cambios tecnológicos en salud es no sólo un mayor gasto total sino también uno más concentrado.

En primer lugar, Swartz (2002) sugiere que existen eventos médicos de baja frecuencia, en particular enfermedades crónicas, que son –hasta cierto punto y dado el estado actual de los desarrollos tecnológicos– impredecibles. Esto se refleja en la elevada rotación de las

^{§§§} En el contexto de un sistema de salud con aseguramiento existen consecuencias obvias derivadas del incremento de las primas que se pagan a las aseguradoras y la posibilidad de que estas últimas desarrollen mecanismos de selección de beneficiarios.

personas que se ubican en el percentil que es más costoso de atender**** e implica que los esfuerzos focalizados para prevenir ese tipo de ocurrencias pueden ser difíciles de implementar y que, en consecuencia, volver más uniforme la distribución de gasto –y también bajar el promedio de gasto per cápita– dentro de los sistemas de salud es una tarea que dista de ser sencilla.

En segunda instancia, según Meijer et. al. (2013), parte relevante de los esfuerzos de investigación y desarrollo de nuevas tecnologías y medicamentos se concentra en buscar herramientas para curar o paliar los efectos negativos de ese tipo de eventos. Lo anterior encuentra explicación en que, en la medida en que exista protección a la propiedad intelectual, las ganancias potenciales de algún hallazgo pueden ser bastante significativas. Adicionalmente, se deriva de lo anterior que los costos de desarrollo de este tipo de innovaciones se trasladan a sus consumidores y pagadores. Y, dado que los beneficiarios son pocos, el costo que se asume por cada uno de ellos es elevado –mucho mayor al de la población que no debe usar ese tipo de medicamentos y procedimientos médicos pues no los necesita. Esto resulta en que existen individuos cuya atención es sustancialmente más costosa que las demás y que, por lo tanto, la distribución del gasto es bastante desigual.

Adicionalmente, y si bien la evidencia sugiere que las inversiones en innovación a las que se hizo referencia previamente son justificadas desde el punto de vista financiero (Cutler & McClellan, 2001) –y naturalmente, desde el punto de vista ético–, otras investigaciones han encontrado que la dinámica del cambio tecnológico en el sector salud puede no sólo explicar facturas más grandes para todo el sistema (Gelijns & Rosenberg, 1994) sino también mayores concentraciones. En particular para los Países Bajos, los avances científicos pueden incrementar la desigualdad del gasto en salud entre personas por dos vías: En primer lugar, los medicamentos que salen al mercado pueden ser más efectivos pero, en la medida en que tienen una carga de investigación más elevada y de forma simultánea protección a los derechos de propiedad, pueden ser más costosos que los que reemplazan y –para los mismos usuarios- aumentan el gasto correspondiente y, por lo tanto, la desigualdad en el nivel agregado.

En segunda instancia, los procedimientos nuevos derivados de avances tecnológicos pueden generar cambios en la forma en que se practica la medicina, lo que tiene efectos sobre los costos que los sistemas de salud pueden enfrentar por cada paciente (Meijer, Koopmanschap, & Van Doorslaer, 2013). En concreto, y según Borghans et. al. (2008), algunos desarrollos pueden hacer que el tratamiento de enfermedades de baja y mediana complejidad sea más sencillo, reduciendo –por ejemplo- el número de individuos que van directamente a un hospital a buscar asistencia médica. De forma simultánea, lo contrario sucede con los pacientes más costosos pues el desarrollo de nuevos métodos curativos suele asociarse con mayores gastos en productos farmacéuticos. De esta manera, el cambio tecnológico afecta de forma distinta el costo de cada usuario de acuerdo a su posición en la distribución de gasto y, además, incrementa la fragmentación de la misma.

Una alternativa más conceptual, para entender por qué se genera esta variedad en los gastos puede ser contemplada a través del siguiente modelo. Considere una población de N individuos. Sea $x_i(t)$ el número de eventos de salud que ha tenido el individuo i en el momento t . Adicionalmente, suponga que $\forall i, x_i(0) = 1$. Entonces, desarrolle el siguiente

**** En los Estados Unidos apenas el 20.2% de los individuos que estuvieron en el percentil más caro en 2008 se mantuvieron en ese mismo grupo en 2009 (Cohen & Yu, 2013).

proceso. En cada t , se genera un único evento nuevo en salud y la probabilidad que este sea generado por el individuo i es de $p(x_i(t+1) - x_i(t)) = \frac{x_i(t)}{\sum_{i=1}^N x_i(t)}$.

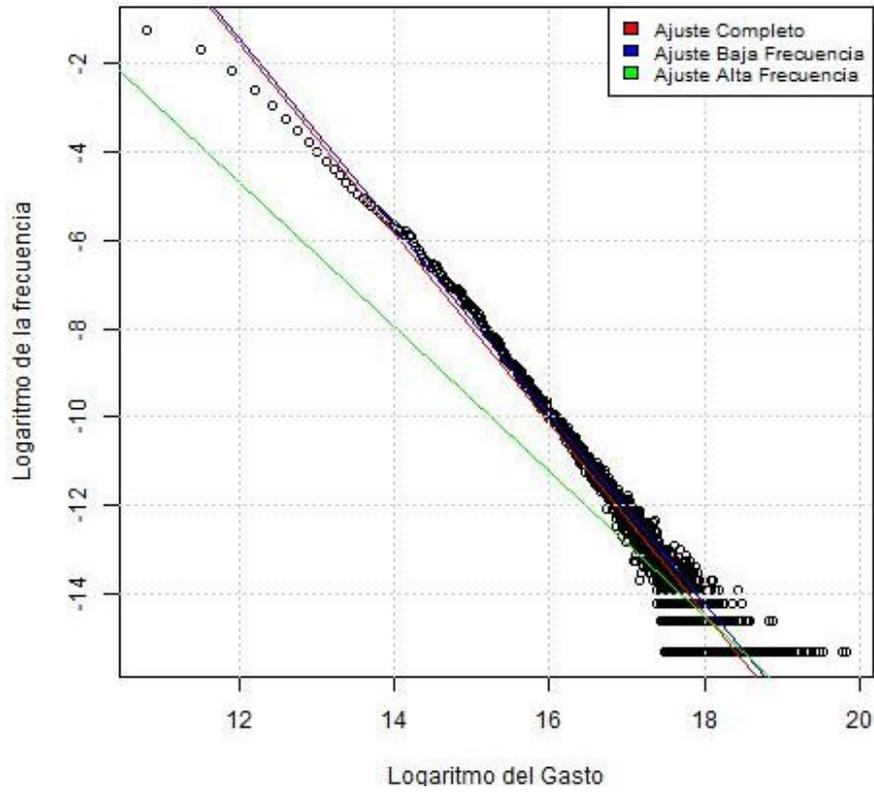
De forma ilustrada, asuma que todos los individuos inician con las mismas condiciones de salud. Por este motivo, asumiendo que en el primer periodo alguien se va a enfermar, como en un inicio todos son iguales, la distribución de probabilidad es indiferente a los individuos. No obstante, en un segundo periodo, aquel que se enfermó en el primero es más afín a volverse a enfermar ya que, por ejemplo, puede tener defensas más bajas que los demás. Al iterar este proceso, se está replicando el algoritmo de Barabási-Albert (1999), el cual predice que el precio sigue una distribución de grandes colas. Particularmente una ley de potencias de grado entre 1.5 y 3.

Con respecto al caso colombiano, a partir de las bases de Gestión de la Demanda, propiciadas por el Ministerio de Salud y Protección Social a través de SISPRO, se tiene que:

Unidad	Intervalo	Regresión		Regresión		Regresión	
		Completa	Alta	Bajo	Baja		
50,000 COP	Confianza	Costo	Costo	Costo	Costo	Costo	Costo
		0.025	0.975	0.025	0.975	0.025	0.975
2007	Intercepto	23.89	24.71	23.80	24.49	13.90	16.04
	Pendiente	-2.18	-2.13	-2.15	-2.11	-1.70	-1.58
2008	Intercepto	25.84	26.60	24.48	25.09	21.49	23.37
	Pendiente	-2.30	-2.26	-2.20	-2.16	-2.12	-2.02
2009	Intercepto	22.96	23.72	22.89	23.36	19.23	20.80
	Pendiente	-2.12	-2.08	-2.09	-2.06	-1.96	-1.87
2010	Intercepto	24.02	24.73	22.03	22.48	21.50	22.88
	Pendiente	-2.16	-2.12	-2.01	-1.98	-2.06	-1.99
2011	Intercepto	23.07	23.80	22.26	22.71	19.32	20.67
	Pendiente	-2.11	-2.07	-2.03	-2.00	-1.94	-1.87

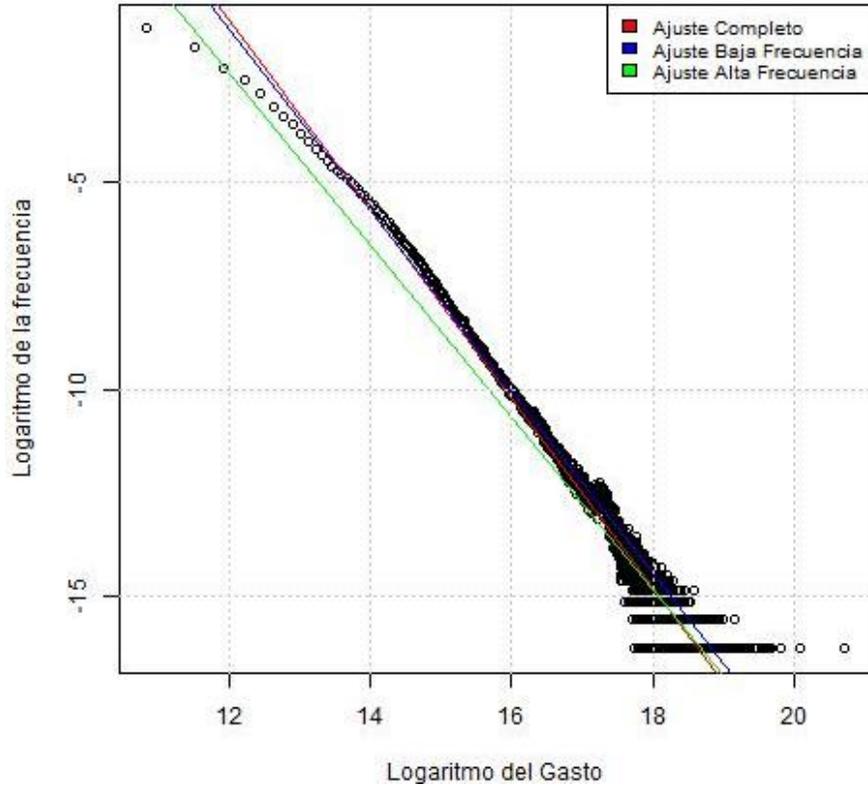
Tabla 10 Resultados de regresiones lineales

Distribución del Gasto en salud 2007



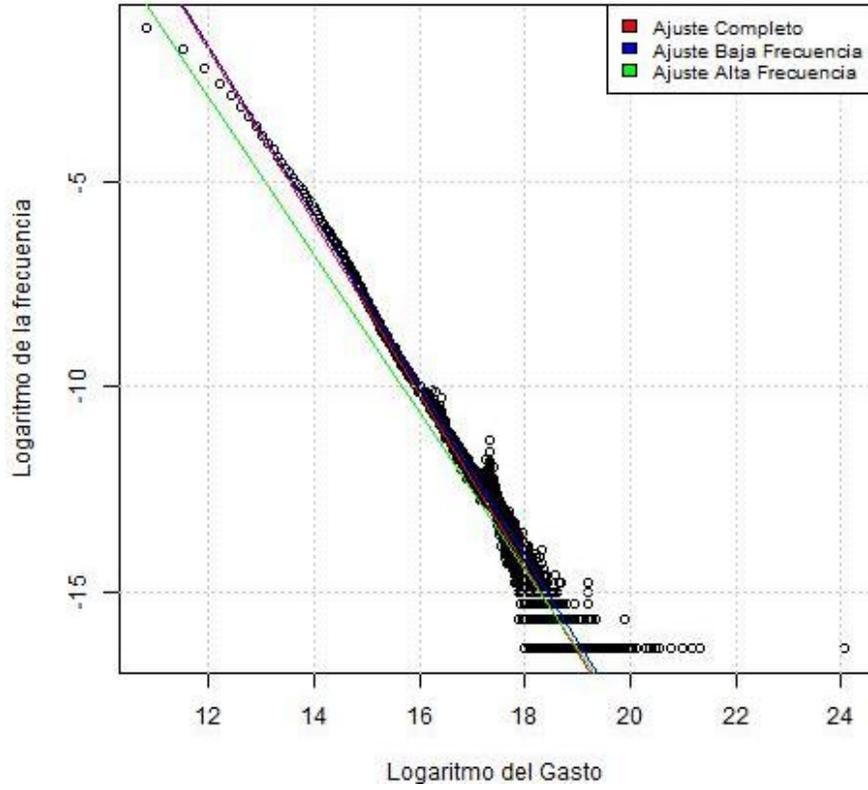
Gráfica 16

Distribución del Gasto en salud 2008



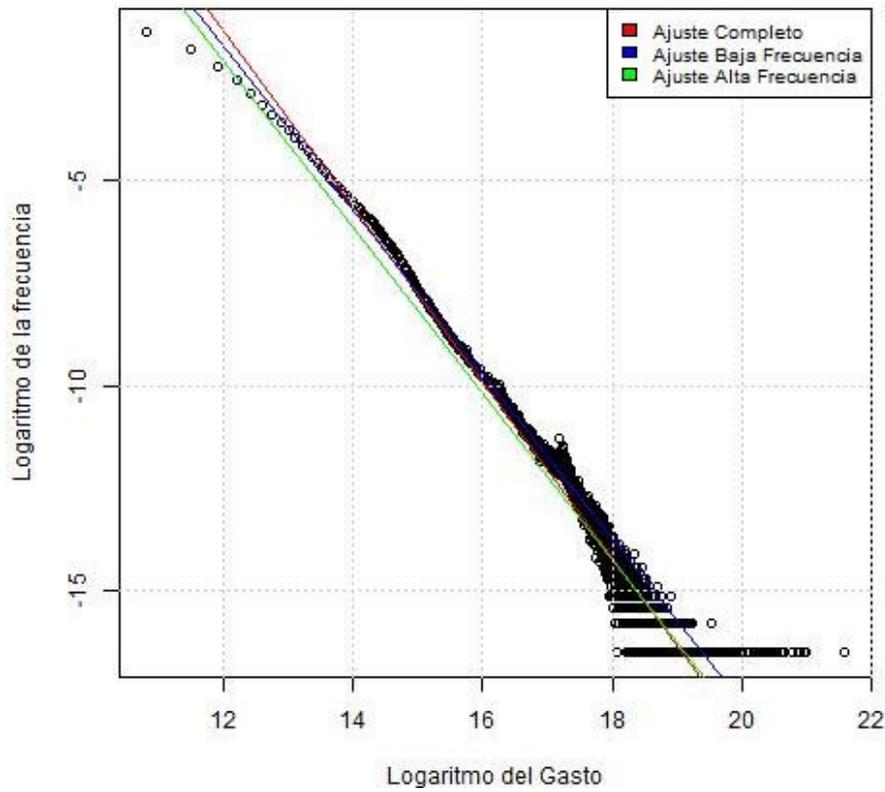
Gráfica 17

Distribución del Gasto en salud 2009



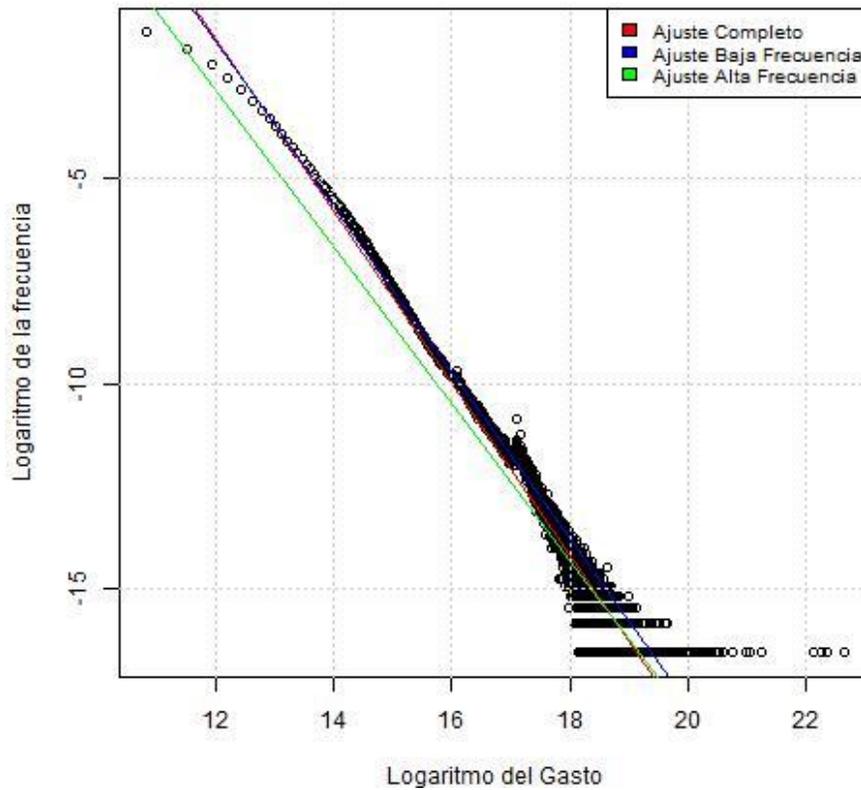
Gráfica 18

Distribución del Gasto en salud 2010



Gráfica 19

Distribución del Gasto en salud 2011

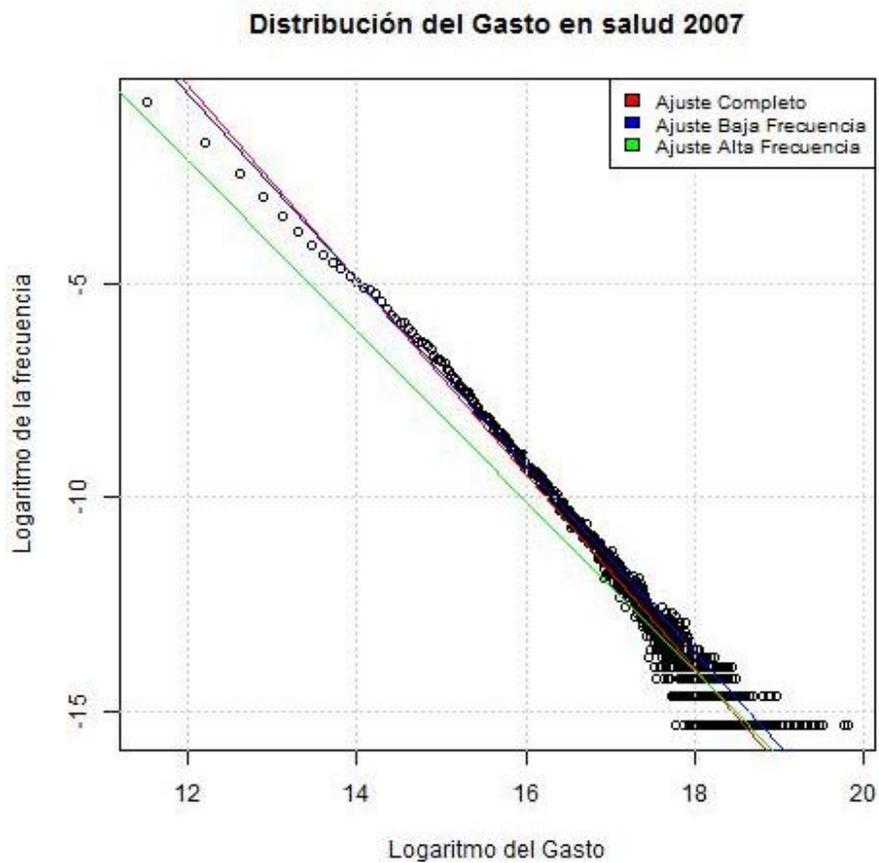


Gráfica 20

Unidad 100,000 COP	Intervalo Confianza	Regresión Completa		Regresión Alta Frecuencia - Bajo Costo		Regresión Baja Frecuencia - Alto Costo	
		0.025	0.975	0.025	0.975	0.025	0.975
2007	Intercepto	26.37	27.40	25.08	25.84	20.34	22.91
	Pendiente	-2.30	-2.24	-2.19	-2.15	-2.05	-1.91
2008	Intercepto	28.32	29.34	25.81	26.48	26.31	28.62
	Pendiente	-2.42	-2.37	-2.24	-2.20	-2.38	-2.26
2009	Intercepto	25.07	26.13	24.19	24.69	22.52	24.54
	Pendiente	-2.22	-2.16	-2.13	-2.10	-2.14	-2.03

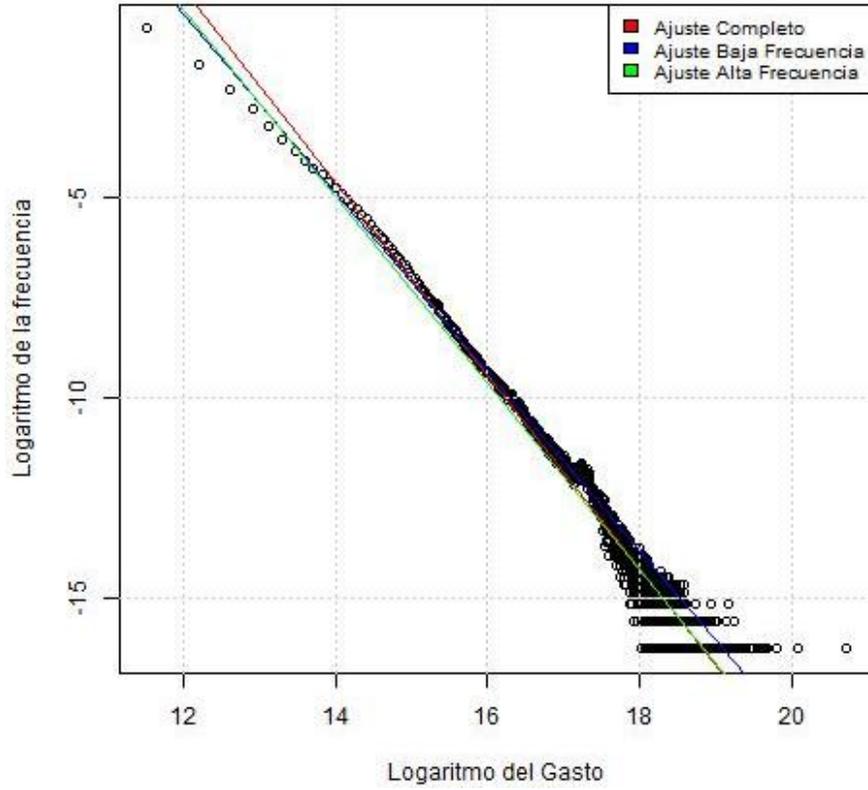
2010	Intercepto	26.05	27.02	23.32	23.80	24.35	26.09
	Pendiente	-2.26	-2.21	-2.05	-2.02	-2.21	-2.12
2011	Intercepto	24.92	25.91	23.56	24.03	22.02	23.72
	Pendiente	-2.20	-2.14	-2.07	-2.04	-2.08	-1.99

Tabla 11 Resultados de regresión lineal



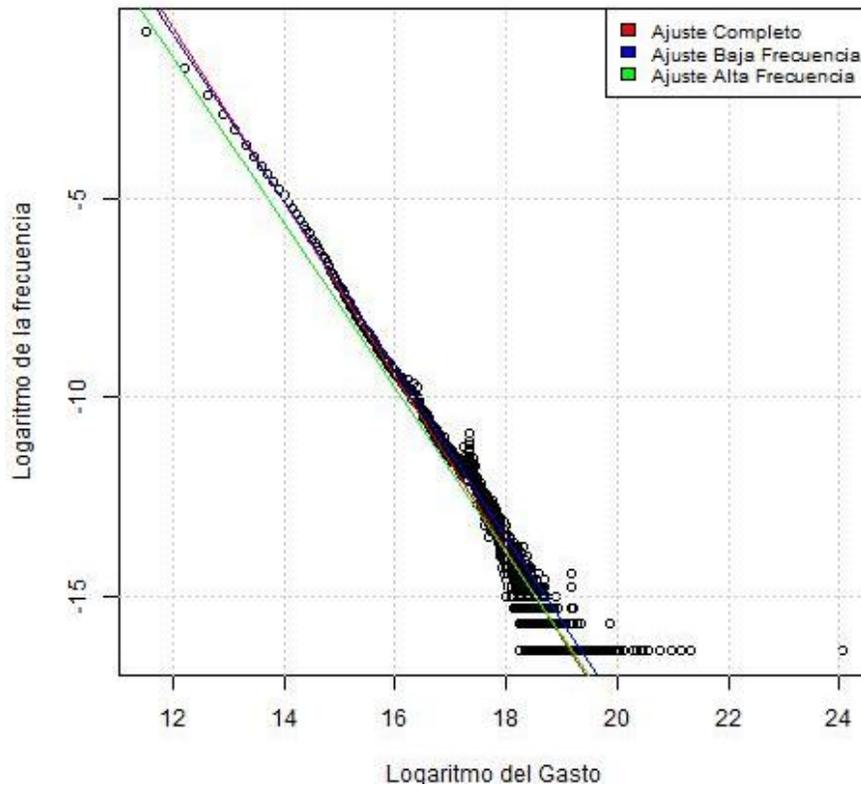
Gráfica 21

Distribución del Gasto en salud 2008



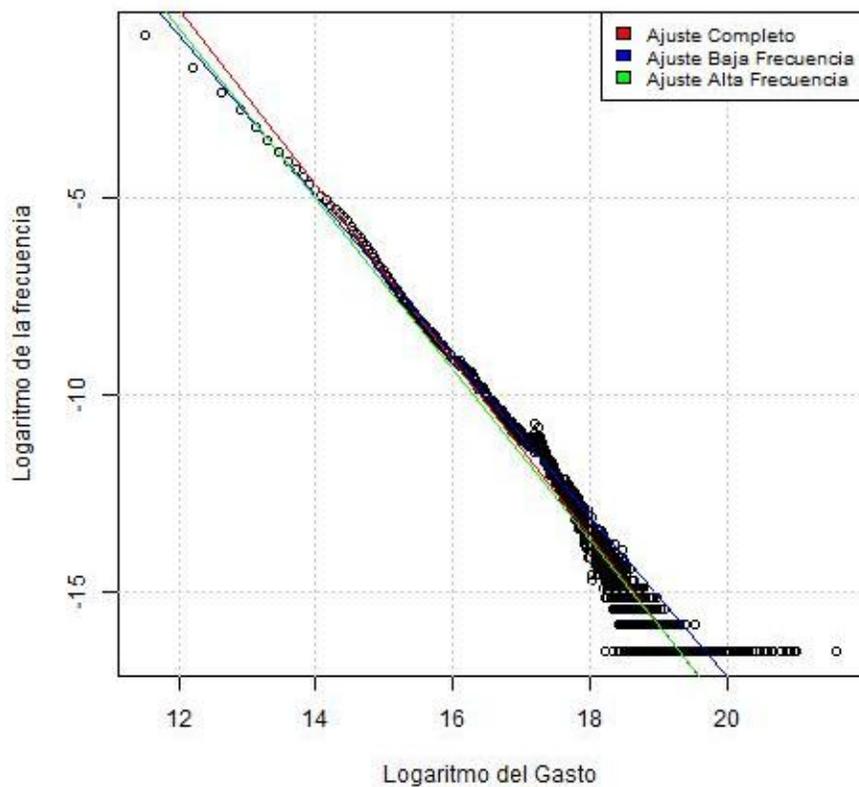
Gráfica 22

Distribución del Gasto en salud 2009



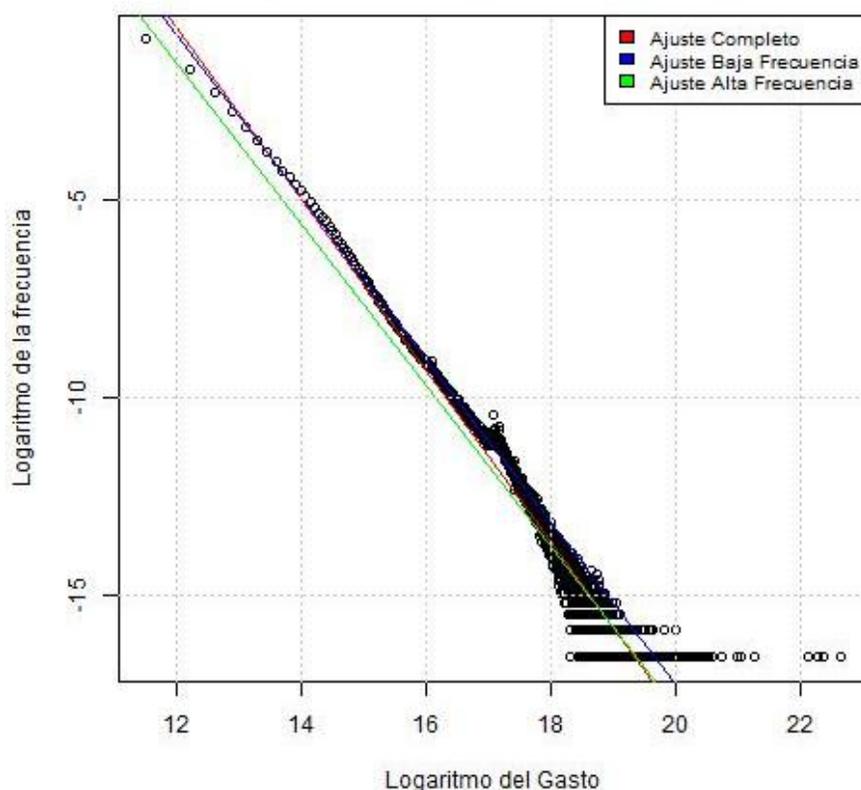
Gráfica 23

Distribución del Gasto en salud 2010



Gráfica 24

Distribución del Gasto en salud 2011

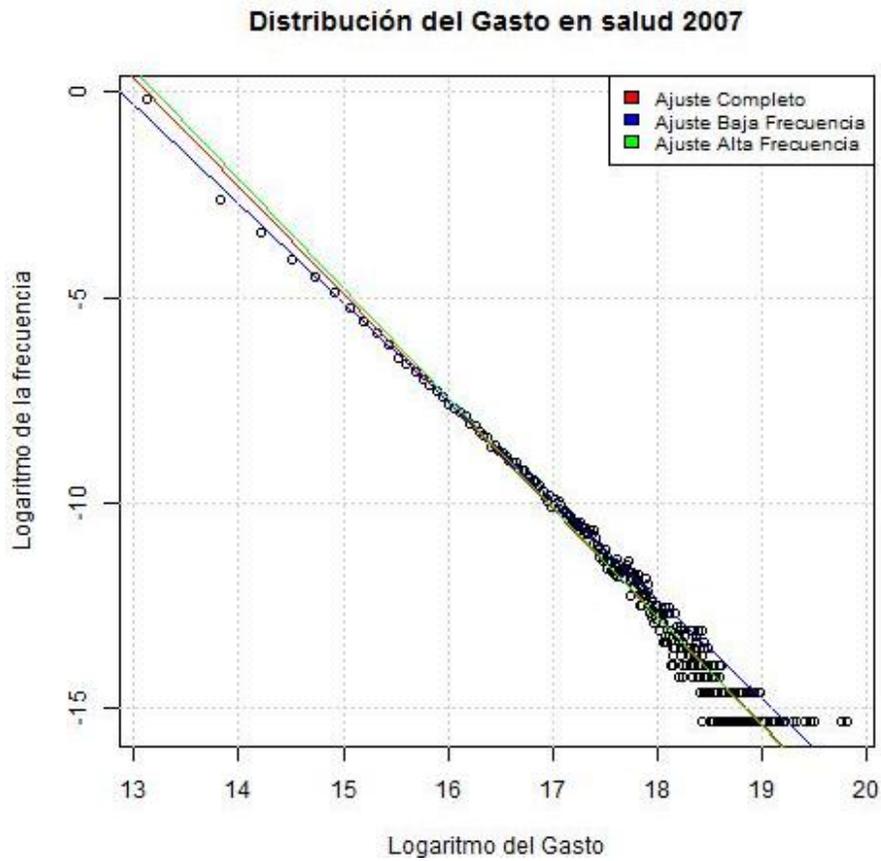


Gráfica 25

Unidad 500,000 COP	Intervalo Confianza	Regresión Completa		Regresión Alta Frecuencia - Bajo Costo		Regresión Baja Frecuencia - Alto Costo	
		0.025	0.975	0.025	0.975	0.025	0.975
2007	Intercepto	33.29	35.15	30.46	31.51	33.18	37.08
	Pendiente	-2.66	-2.56	-2.44	-2.37	-2.77	-2.55
2008	Intercepto	34.49	36.45	31.25	32.09	35.26	38.92
	Pendiente	-2.74	-2.64	-2.48	-2.43	-2.88	-2.68
2009	Intercepto	28.91	31.40	28.90	30.58	26.29	30.21
	Pendiente	-2.44	-2.31	-2.39	-2.28	-2.38	-2.17
	Intercepto	30.66	32.65	27.98	29.42	29.56	32.60

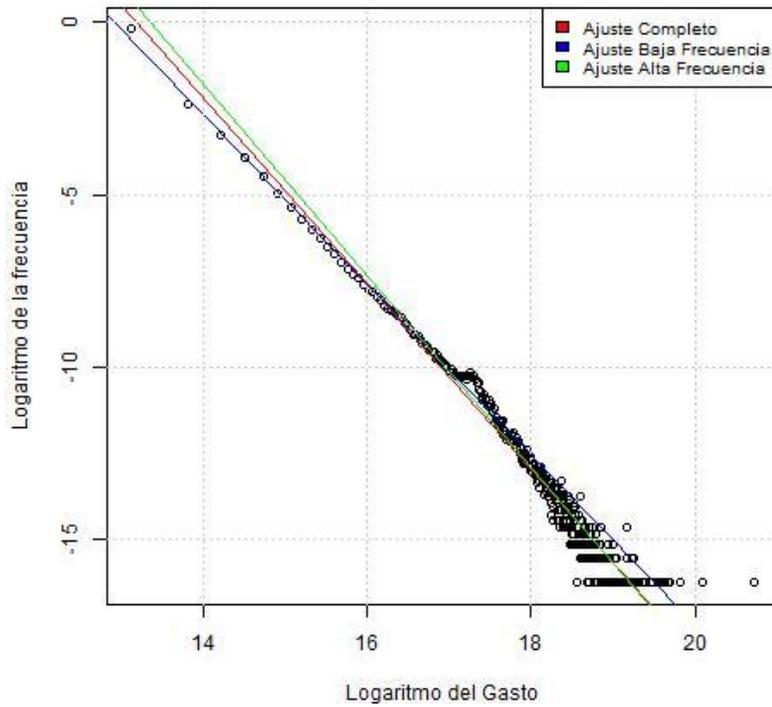
2010	Pendiente	-2.50	-2.39	-2.29	-2.20	-2.49	-2.33
	Intercepto	28.64	30.74	28.20	29.66	26.20	29.29
2011	Pendiente	-2.39	-2.28	-2.31	-2.22	-2.31	-2.15

Tabla 12 Resultados de regresión lineal



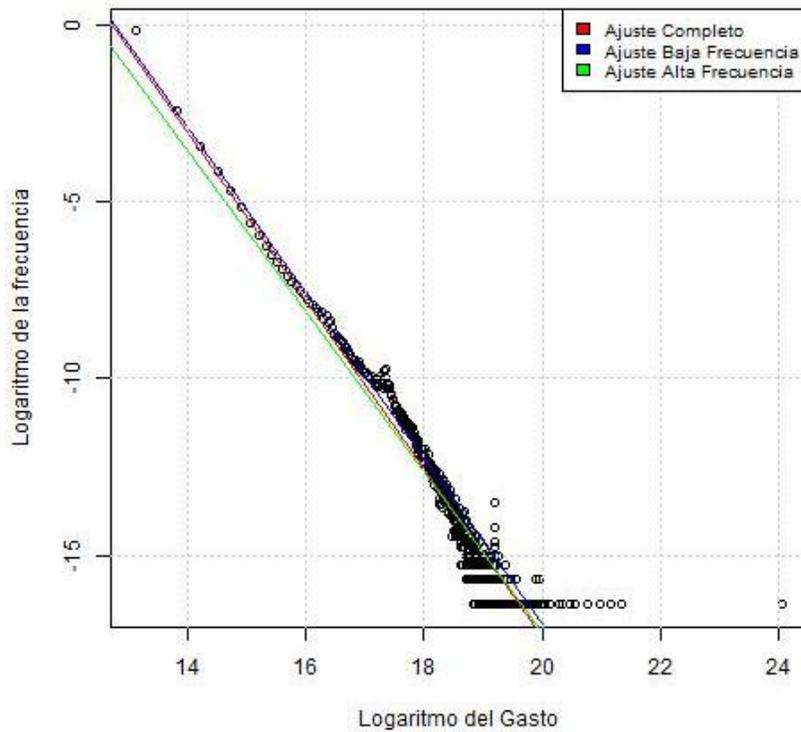
Gráfica 26

Distribución del Gasto en salud 2008



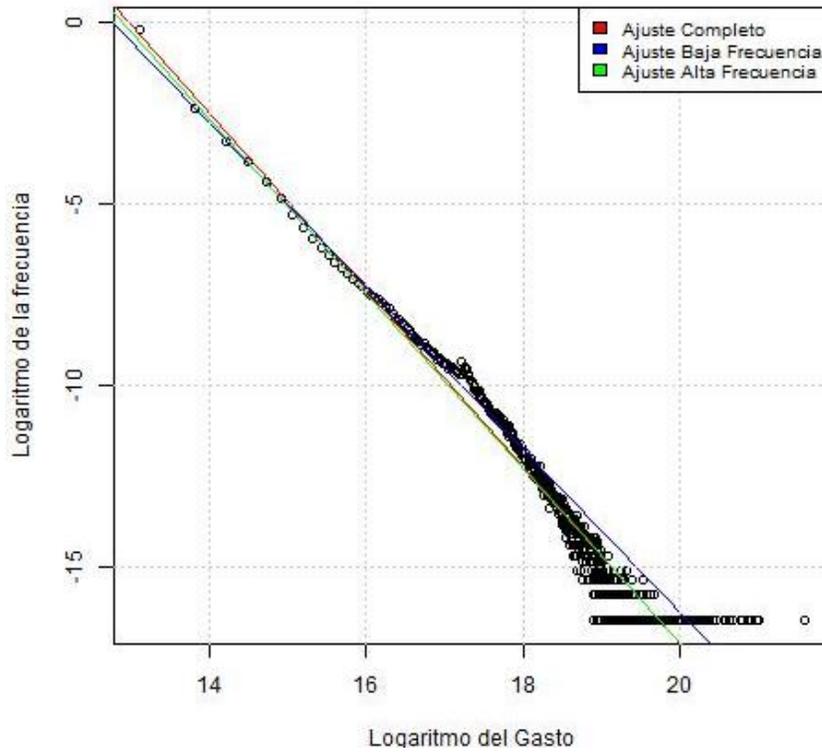
Gráfica 27

Distribución del Gasto en salud 2009

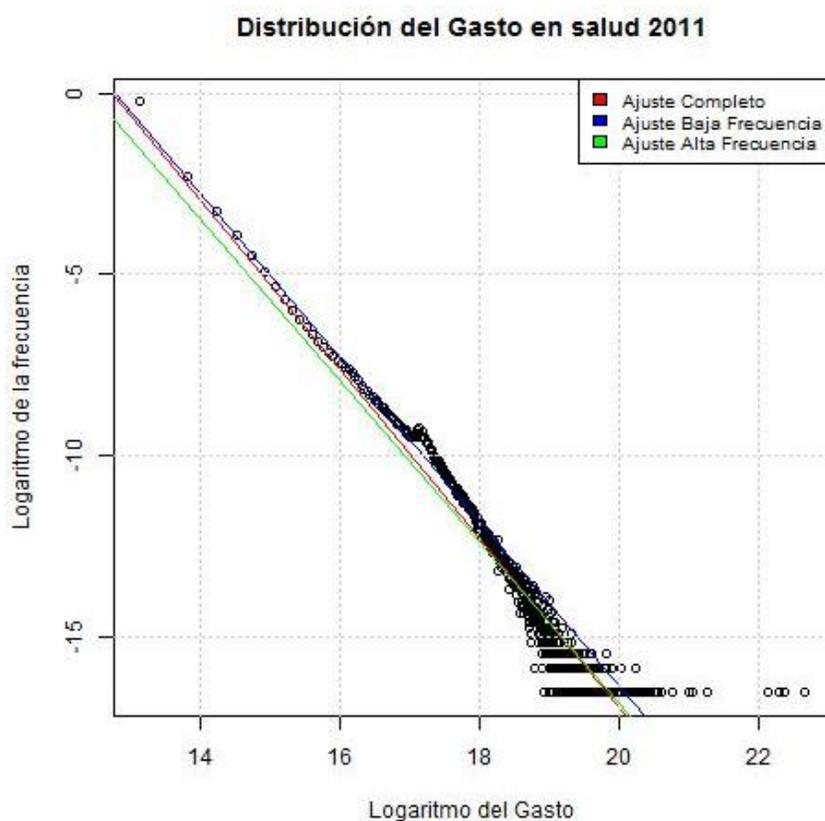


Gráfica 28

Distribución del Gasto en salud 2010



Gráfica 29



Gráfica 30

De esta forma, a partir de los resultados empíricos, se puede observar cómo en Colombia, el gasto total distribuye efectivamente cómo una ley de potencias y notando que su grado oscila entre 2 y 2.5 se concluye que el proceso si puede ser simulado a través del algoritmo de Barabási-Albert.

No obstante, esta no es la única información obtenida a partir de los datos. Las distribuciones de potencias no tienen una varianza definida cuando el grado es menor que 3 (Clauset, Shalizi, & Newman, 2009). En general, esto muestra nuevamente el hecho acerca de la gran varianza que se observa en los datos. Pero, también indica que, al no tener una varianza definida, no es cierto que el estimador de frecuencias de la media sea eficiente, problema reconocido en aquellas distribuciones con varianza infinita [(Cane, 1974), (Zhang, 2010)]. En términos prácticos, aproximar el costo esperado en salud vía el promedio del costo por persona en riesgo, dará un estimador cuya varianza no se reduce a 0, generando poco poder predictivo, tal y como se observa en la realidad.

Aceptando este punto de partida, es preciso proponer alternativas para calcular el costo esperado buscando obtener el mejor ajuste posible.

Una primera aproximación puede ser a través del modelo de frecuencia-severidad. Al separar los componentes de frecuencia y severidad, cada uno de los mismos tiene intrínsecas fuentes de variabilidad. En lo que concierne a la severidad, el problema radica en que un costo en salud puede variar desde una pastilla para el dolor de cabeza hasta el costo de una cirugía a corazón abierto. Idealmente, se desearía por medicamento, por proceso y por insumo que el paciente pueda requerir, tener su costo en el mercado y su frecuencia de uso. No obstante este nivel de detalle es muy difícil conseguir en los datos e ignora efectos sustitución y complementariedades entre los insumos. De ahí, un nivel

menos detallado, pero que tiene en cuenta estos eventos son los grupos relacionados de diagnóstico, en los cuales se busca establecer todos los medicamentos, procedimientos e insumos asociados al mismo evento en salud (Fetter & Freeman, 1986).

Si bien este nivel de detalle no se alcanza en el sistema colombiano, se recomienda avanzar en torno al mismo. Mientras esto se logra, una alternativa es desarrollar niveles de agregación de los servicios de salud (Huertas, Navarro, & Zarruk, 2010). De esta forma, se puede calcular una prima por cada uno de estos niveles y la prima total sea la suma de las primas parciales. Finalmente, en lo que concierne a la frecuencia, esta trae nuevamente el problema asociado a la varianza amplia en el uso de recursos. Sin embargo, es de esperarse que, eventos de complejidad similar tengan frecuencias de uso similares. En general, estos ya pueden ser modelados como distribuciones de Poisson o Binomial Negativa. Aun así, estas frecuencias siguen teniendo unas colas más grandes que las distribuciones anteriormente citadas (Winkelmann, 2006). En todo caso, no hay evidencia de tener varianzas infinitas. De esta manera, sería posible usar un estimador de frecuencias (eventos por persona en riesgo) o métodos más elaborados, tales como la estimación de dos partes de la frecuencia (Mullahy, 1998).

Uniéndolo anterior, para estimar el costo, dado que los grupos se supone que son homogéneos, bastaría con un promedio del costo del grupo. Aun así, el problema de la media es su alta sensibilidad a valores extremos. De esta forma, este estimador es muy sensible al ruido muestral, prefiriendo así usar indicadores de tendencia central como la mediana. Por el otro lado, respecto a la frecuencia, es importante, calcular medias condicionadas, con miras a reducir aún más la varianza (Mullahy, 1998). En este caso se recomienda usar información tal como el perfil epidemiológico de la población, la estructura etaria y algunas condiciones de salud pública. Llevado a la práctica, se puede tomar como unidad muestral el municipio de residencia de las personas y como factores las condiciones socioeconómicas del lugar, la estructura etaria del mismo y sus perfiles epidemiológicos. Además, buscando evitar el ruido generado por los valores extremos, se puede trabajar a partir de una regresión robusta (Andersen, 2008). De esta forma, a partir de los datos se puede predecir la frecuencia y la severidad y a partir de las mismas obtener los costos esperados. Ahora bien, estos métodos presentan unos problemas que requieren ajustes.

En primer lugar, es conocido que la información presenta un rezago de información. Por ende, al manejar este tipo de cortes, es preciso hacer ajustes a las variables asociados a los eventos y costos generados pero no reportados (Chadick, Campbell, & Knox-Seith, 2009). En segundo lugar, es importante tener en cuenta que, como este cálculo aporta las frecuencias y los costos del año de los datos, al buscar una prima futura, es necesario proyectar los valores vía ajustes inflacionarios y de crecimiento poblacional, aplicados posteriores al cálculo del costo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Otra alternativa, a partir de los grupos de diagnósticos (o su aproximación) es trabajar directamente sobre el costo esperado a través de series de tiempo. De estos métodos, los más conocidos son los modelos SARIMA, cuya descripción detallada puede encontrarse en el Anexo 4 de este documento.

Esta metodología tiene como principal ventaja el hecho de eliminar los ajustes temporales asociados a inflación o facturas no reportadas, sin embargo, su debilidad es que requiere de grandes series de datos y procesos homologables. No obstante, para el caso de Colombia, solo se tiene información (mes a mes) desde el año 2008, que sea suficiente para hacer estudios y además, las actualizaciones del plan obligatorio de salud hacen que estas técnicas no sean del todo homologables (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2013). Adicional a este problema, en estas series de tiempo no es posible discriminar

explícitamente aquellos factores que inciden sobre la frecuencia de uso de las personas, arriesgándose a tener varianzas muy altas y bajo poder predictivo. Ante estas dos propuestas se sugiere una solución metodológica intermedia mientras se mejoran las fuentes de información.

Por cada grupo generado, se realizó una serie de tiempo a partir de la cual pueda predecir el precio futuro. La ventaja de esto es que, al ser grupos de procesos de alguna forma afines, si bien puede haber volatilidad dentro del grupo, dado que los sustitutos y complementos caen dentro del mismo, se esperaría que los efectos netos no desestabilicen la serie y sea posible trabajar con las mismas. Por otra parte, en lo que respecta a las frecuencias. Se sigue recomendando hacer una regresión robusta para, a partir de unos determinantes, estudiar cómo cada uno de estos incide sobre las frecuencias esperadas para cada grupo de estudio. Sin embargo, es preciso recordar que es necesario ajustar los valores de estos determinantes a las condiciones futuras. Para estos, y según el determinante, se usan proyecciones de series de tiempo. Por ejemplo, en el caso de la estructura etaria se pueden usar proyecciones demográficas, pero en lo que respecta a incidencia de ciertas enfermedades que estén bien documentadas, se puede trabajar con modelos SARIMA. Con las proyecciones de estas variables, se usan los mismos coeficientes previamente obtenidos en la regresión y a partir de estos se calcula la frecuencia futura de cada grupo de estudio. Cada uno de estos grupos se multiplica por sus respectivos costos futuro previamente estimado y así se obtiene el costo esperado. Esta metodología se recomienda sobre las anteriormente mencionadas ya que intenta captar las ventajas de ambos métodos reduciendo las desventajas que cada uno posee.

Ya para el cálculo del valor a pagar al gestor, surgen dos posibilidades. Una posibilidad es la antes mencionada. Se asigna un gasto aceptado en administración y se suma el costo esperado en salud. Además, se le pueden sumar hechos particulares que se le puedan pedir al gestor según el modelo de salud, tales como los mencionados para promoción y prevención. Por ejemplo, si el modelo determina que no es deber del gestor hacer la propaganda de prevención de embarazos adolescentes, el gobierno igual puede apoyarse en él y pagarle una cuantía determinada para que ejecute un número determinado de talleres. La otra posibilidad, que es con la que actualmente se calcula la UPC en Colombia es a través de la razón de pérdida. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Esta parte del hecho que la administración es un porcentaje determinado del ingreso del gestor, siendo el resto del porcentaje el equivalente al gasto en salud. De esta forma, se sabe que la fracción de gasto en salud sobre ingreso debe dar el porcentaje del costo de administración (Brown, 1993). Una vez se determina el costo esperado en el periodo futuro, se calcula el valor de los ingresos y sacando esta nueva proporción, se establece en que porcentaje incrementar los ingresos para que la fracción nuevamente de la proporción deseada.

Por ejemplo, suponga que tiene un ingreso de 100, un gasto en salud pronosticado de 92 y una fracción de costo administrativo de 10, indicarían que:

$$LR = \frac{\text{Costo en salud}}{\text{Ingresos}} = \frac{92}{100}$$

Pero se tiene una tolerancia de 0.9, entonces se hacer una recomendación de aumentar el ingreso en $s = \frac{0.92}{0.9} - 1$, ya que al aumentar los ingresos en s, el LR vuelve a ser 0.9. Ahora bien, este método tiene el problema que cuando los ingresos se dividen en más de un componente (por ejemplo, la actual división en Colombia entre ingresos de UPC y de promoción y prevención) la recomendación hace que todos aumenten proporcional. De

esta forma, asignarle un aumento proporcional solamente a un componente es automáticamente asegurar que la fórmula no ajuste en el esperado del periodo futuro. Esta metodología suele estar erróneamente asociada con estimular la calidad y la eficiencia del sistema (Robinson, 1997). No solo de forma teórica sino en la práctica, se ha evidenciado que este enfoque no aumenta la calidad ni la eficiencia (HOUSE COMMITTEE ON SMALL BUSINESS, 2012). Adicionalmente, en lo que concierne al modelo propuesto, un ratio de pérdida no tiene sentido ya que se dice explícitamente que la administración no es prudente vincularla con los costos esperados en salud. Por estas razones se recomienda que el cálculo de la capitación se haga de forma directa y no por incrementos sugeridos a partir de ratios de pérdida.

Antes de seguir con los ajustes ex-ante y ex-post, es preciso detenerse en la fuente de información de los datos. En este caso, en lo que respecta a atenciones y costos, el Estado es fuente directa, ya que los giros se realizan a cargo del gestor. De esta forma no es posible que haya manipulación de los mismos. No obstante, se han evidenciado desafortunados casos, como el registrado por la Superintendencia de Industria y Comercio con número de radicación No. 09-021413 donde se investiga a algunas EPS investigadas por prácticas comerciales restrictivas que buscaban elevar el costo de la UPC, en los cuales no solo era por registros falsos, sino por alineación de intereses con las IPS.

Este es un riesgo que está vigente y en el cual existen los incentivos para que se dé. Pero, por otro lado, la información sobre las prestaciones es indispensable para los cálculos, pues no obtenerlos implicará al Estado fomentar estudios que no serán tan precisos a la realidad, o exigirán costos elevados. Para reducir este problema, se proponen tres medidas:

1. fomentar el uso de mallas de validación de los datos en las cuales frecuencias o costos atípicos sean omitidos del estudio. Esto ha venido avanzando en Colombia de manera eficiente, pero se destaca que todavía hay que mejorar, no solo detectando a partir de criterios estadísticos sino de mas criterios clínicos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

2. se propone fortalecer las medidas de vigilancia y control sobre los gestores. Para esto se propone una vigilancia cruzada, en otras palabras, como cada gestor tiene que declarar cual es su red, las entidades de vigilancia y control deben evaluar si los costos a los que su red opera son significativamente mayores a los de otros gestores cuando operan en esta misma red. Igualmente, asumiendo que las personas están igualmente distribuidas en los gestores de una misma región, se puede evidenciar si algún gestor presenta frecuencias anormales en comparación con el resto.

3. para aquellos casos donde no hayan los puntos de comparación previamente referidos, se puede implementar una competencia por comparación “yardstick competition” (Shleifer, 1985). Este método consiste en derivar cuales deberían ser los costos de una empresa o las frecuencias de uso, en comparación con otras que compitan igual. Si bien en este caso puede haber gestores que son únicos por región, habrá varias de estas regiones con condiciones similares. La idea es que, dependiendo del desvío que el gestor tenga en comparación con su competencia, esto se asociará a multas o beneficios. Este método ha mostrado tener ventajas cuando se desean prestar servicios en temas de monopolios o de alto riesgo de manipulación de información [(World Bank, 2004), (CBP Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis, 2000)]. De esta forma, si bien la remuneración del gestor depende de la información que él provea, se tienen un amplio control sobre la fuente. Adicionalmente se recomienda usar, sobre todo en los factores de riesgos, medidas independientes al gestor. Por ejemplo, la estructura etarea se evalúa a partir de registros ajenos al gestor. De esta forma se reduce también la incidencia del mismo sobre su cálculo

de prima. Finalmente, se confía que, siendo la utilidad que el gestor devenga de la prima una cuestión ocasional, no haya incentivos a generar fraude⁺⁺⁺.

AJUSTES EX-ANTE

El principal problema de determinar la prima a partir de gasto esperado es que genera en los aseguradores, o en este caso en los gestores incentivos para hacer selección de riesgo (van de Ven, y otros, 2003). El principal problema está en que, dado un promedio, las aseguradoras tienen incentivos a sistemáticamente rechazar los individuos más costosos y aceptar los menos costosos. Actualmente, en Colombia los ajustes de riesgo que se usan son edad, género y tres niveles de regionalización. Si bien estos se usan por otros países tales como Suiza, se considera que tienen un muy bajo poder predictivo, consistente con lo reflexionado previamente (van de Ven & Ellis, 1999).

Se recomienda introducir otros factores de riesgo tales como preexistencias o estatus socioeconómico de las personas (Paolucci & Stoelwinder, 2011). Si bien se reconoce que es ideal ajustar al máximo las primas para reducir varianza e incentivos perversos, surge el problema de datos muy difíciles de encontrar y fácilmente manipulables por el ente encargado de reportar, or ejemplo, dado que el estatus socioeconómico se asocia a impuestos, hay claros incentivos de las personas a reportar información falsa. Por este motivo se prefiere usar unidades más robustas de información, tales como los municipios, en los cuales se pueden obtener indicadores similares, tales como NBI o cobertura de servicios, entre otros, los cuales no son manipulables por el sistema ya que se calculan por actores independientes.

Entre los ajustes recomendados están nuevamente los perfiles epidemiológicos, que serían el equivalente a las preexistencias a nivel individual, los índices socio-económicos, las estructuras etarias y las agrupaciones regionales (las cuales han de ser consistentes con la regionalización propuesta anteriormente). De esta forma se concluye que hay formas para fortalecer el cálculo de la prima de riesgo. Sin embargo se recomienda que se haga un mejor esfuerzo informático por aumentar los criterios de ajuste ex-ante, buscando llegar eventualmente a un nivel de agregación individual.

AJUSTES EX-POST

Pese al esfuerzo por ajustar de forma ex-ante, todavía existen múltiples fuentes de variabilidad que son difíciles de controlar. El problema de estas es que, al ser evidentes solamente en el transcurso del periodo de gestión, los gestores pueden tener incentivos de promover aquellas personas con costos menores al promedio y marginalizar nuevamente aquellas con costos mayores. Para esto, la literatura recomienda la generación de ajustes ex-post los cuales pretenden corregir estas fallas y así evitar incentivos perversos a los gestores.

⁺⁺⁺ Este motivo también refuerza la idea de separar los costos administrativos del cálculo de la prima.

En la literatura existen algunos tipos de esta compensación. En particular se destaca aquellos casos donde ciertos costos fáciles de identificar se redistribuyen posteriormente entre las aseguradoras y aquellos en los cuales se le compensa al asegurador por pagos después de un cierto umbral (van de Ven & Ellis, 1999).

Con respecto a los primeros, en Colombia se tiene la cuenta de alto costo (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2013). Este es un fondo financiado por todas las EPS el cual recauda información y hace auditoría sobre pacientes con enfermedades específicas (actualmente enfermos renales crónicos) y una vez terminado el periodo de gestión, este compensa a aquellas EPS que presentaron mayores gastos a partir de aquellas no presentaron un número significativo de estos enfermos.

El mecanismo que se usa, el cual está reglamentado por la resolución 4917 de 2009 presenta problemas en los cuales el resultado neto suele ser negativo y es deber del Estado compensar este déficit. Desde un punto de vista operacional, esto resulta ineficiente ya que la prima pura debería contener el gasto promedio de la población, de esta forma, las compensaciones deberían ser de suma o el Estado estaría pagando dos veces por el mismo acontecimiento. Para esto existen posibles correcciones las cuales promueven incentivos de reporte de información apropiado y de redistribución de suma o (Riascos, 2012). Naturalmente se recomienda que este tipo de eventos sigan promoviéndose entre los gestores. En este punto es importante resaltar cómo esta cuenta está financiada por las EPS. Esto muestra como prefieren incurrir en gastos a evitar tener el ajuste ex-post. Esto se justifica ya que, por ser la salud una distribución de grandes colas a derecha, existen muchas EPS que terminan el periodo con una baja utilidad positiva y existen unas pocas con una muy alta utilidad negativa, la cual podría fácilmente poner en riesgo la sostenibilidad del negocio.

Ahora bien, con respecto al segundo tipo de ajustes ex-post, en los cuales el asegurador cubre hasta cierto monto, se propone el siguiente método. Considere la información por persona en el periodo t . Considere la población en el cuantil más alto y proponga que el Estado solo pagará un porcentaje de lo que la persona se exceda del punto de corte de este cuantil. De esta forma, al calcular la capitación no la calcule a partir de la población, sino la población con el cuantil más alto ajustado al porcentaje de pago asignado al gestor. Se reparte esta capitación y al final del periodo, aquellos gestores que reportan personas con gastos superiores al corte, se les compensará en la proporción determinada.

Para hacer un ejemplo, suponga una población de 10 personas con gastos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Se trabaja sobre el cuantil 10% y el estado pagará el 50%. En este caso, el corte es 9, y la capitación se calcula sobre la población de 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 9.5. En este caso, el costo esperado daría 5.45 y no 5.5. Ahora bien, si al final del periodo el gestor tiene una persona que costó 11, cómo la diferencia entre el corte es de 2, el gestor pagará $9 + 0.5y$ y el Estado pagará $0.5el$.

Así planteado, este método se considera óptimo por cinco razones.

1. Disminuye la varianza de los gastos de los gestores (similar a la Cuenta de Alto Costo).
2. En valor esperado, el Estado no gasta ni más ni menos. Ya que el gasto total será el mismo solo que se distribuye de forma diferente.
3. Los gestores no tienen incentivos para rechazar enfermos de alto costo ya que el gobierno cubre estos gastos de más.

4. El método evita que por estas poblaciones con tan baja frecuencia el costo se distribuya por igual en las primas de todos los gestores. Siendo tan pocos casos, no tiene sentido asignarlo a la prima de todos ya que no todos lo tendrán y los que sí, estarán muy por encima del promedio de gastos.

5. La aparición de eventos atípicos y de innovaciones tecnológicas no se incorpora inmediatamente a la prima ya que estos valores dejan de hacer parte del cálculo. De esta forma no se genera una inflación de la capitación debido a eventos atípicos.

Sin embargo, cuenta con dos incentivos perversos que es importante corregir.

1. Una vez se pasa del umbral permitido, el gestor pierde incentivos al control del gasto. Esto se corrige cuando el Estado se compromete a pagar solo una fracción del excedente. (Li, Liu, & Yeh, 2007).

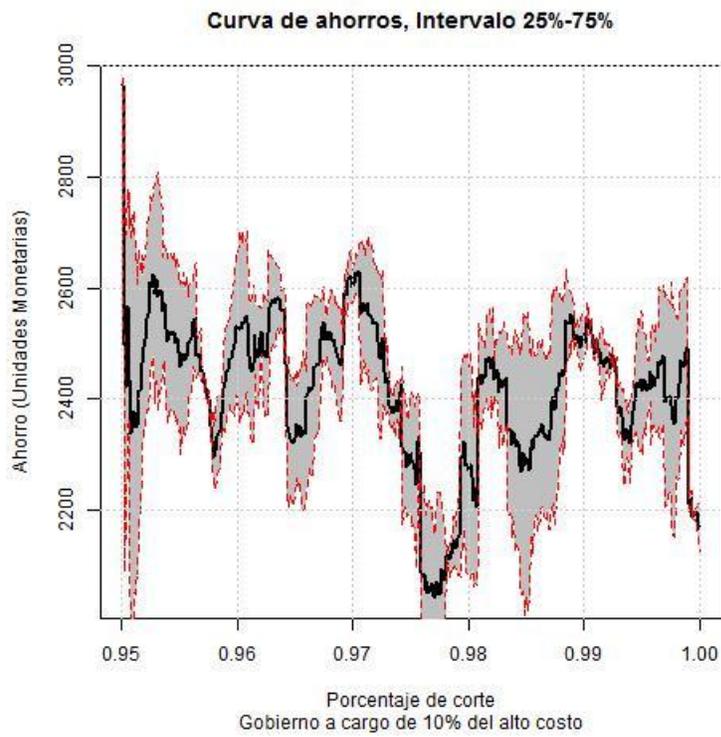
2. Existe el riesgo de registrar personas de alto costo que realmente no lo sean. En este caso, se propone que, por la disminución en la varianza que les genera a los gestores, y teniendo en cuenta que la transparencia es fundamental en este tipo de procedimientos (Yi & Laurent, 2010), se considera que el gestor debe pagar una auditoría independiente (seguramente los auditores deben contar con unos requisitos de calidad avalados previamente por el Estado), en el cual se confirme que el paciente generó un gasto alto y además, que los costos no fueron inducidos por el gestor. Es prudente que el gestor la financie ya que la reducción de varianza se le presenta a él y además para garantizar que será evaluado objetivamente.

Con estas dos correcciones se generan dos nuevos incentivos a favor de la metodología:

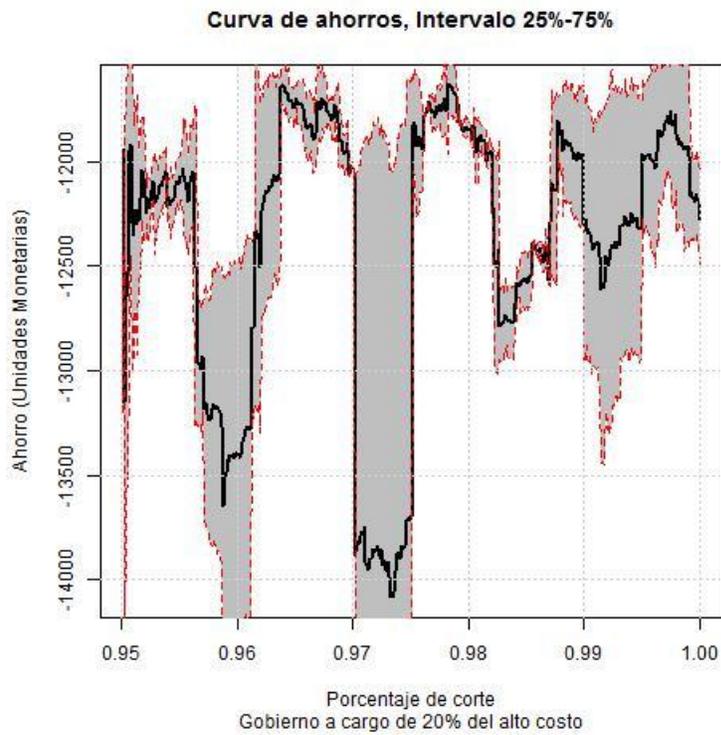
1. Se genera información de donde está el mayor costo en los pacientes, y a partir de esto se pueden diseñar mejores políticas para prevenirlos.

2. Se genera un control explícito sobre la calidad de los reportes de los gestores.

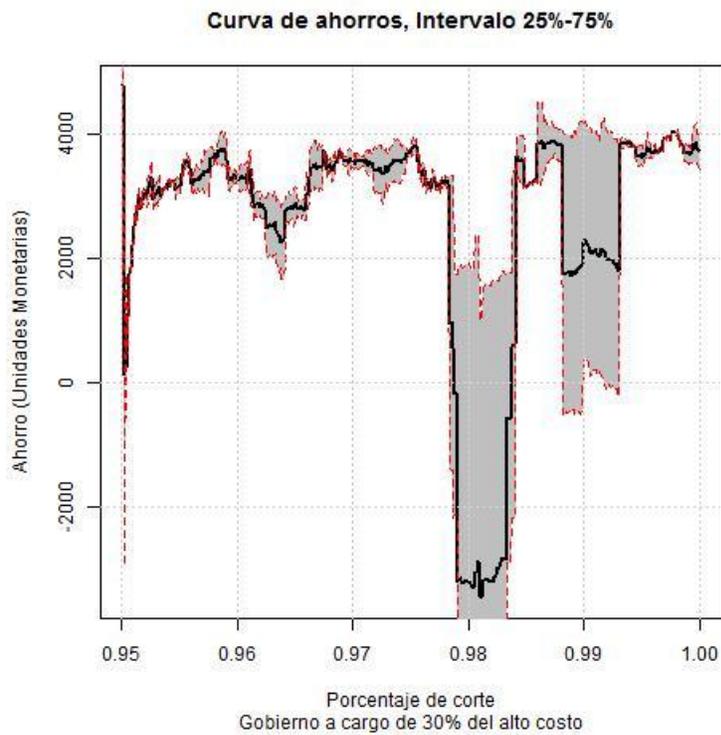
De esta forma, esta propuesta metodológica, presenta beneficios tanto en salud como en costos. Al hacer una simulación de los posibles resultados que se obtendrían, basados en la distribución del gasto en salud colombiano, previamente calculada, se tiene que:



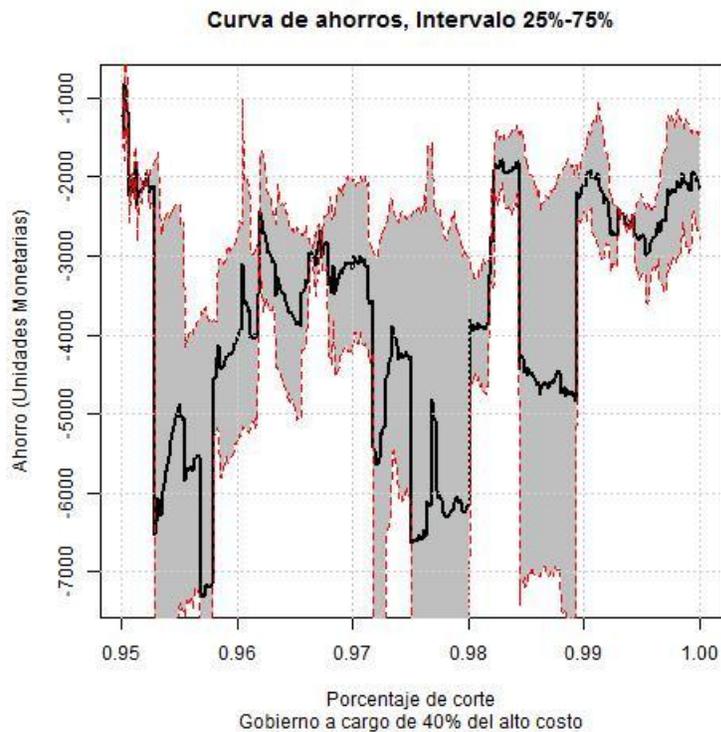
Gráfica 31



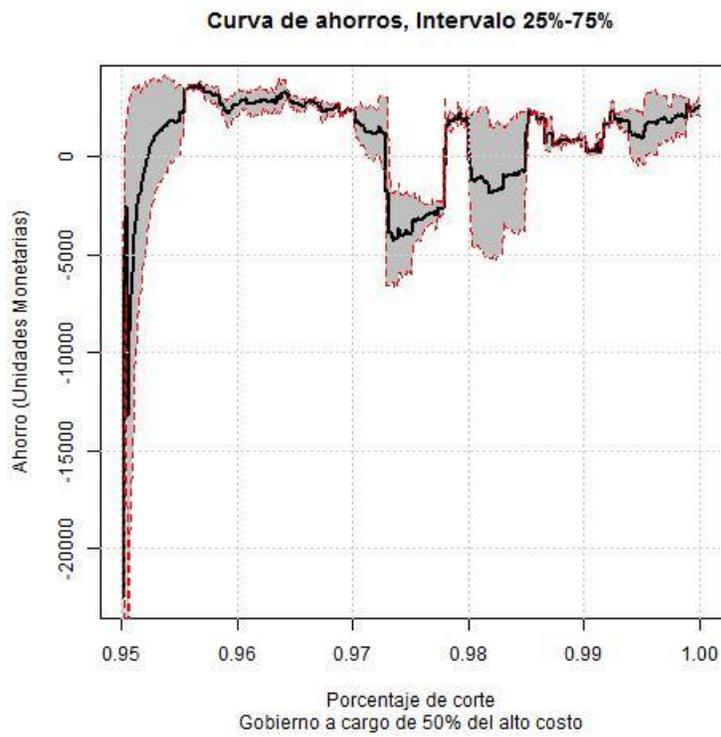
Gráfica 32



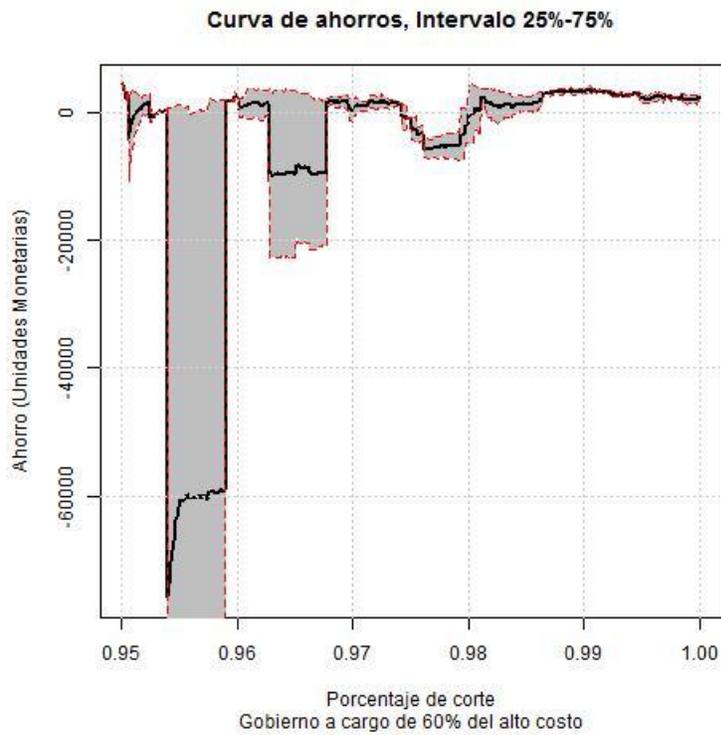
Gráfica 33



Gráfica 34

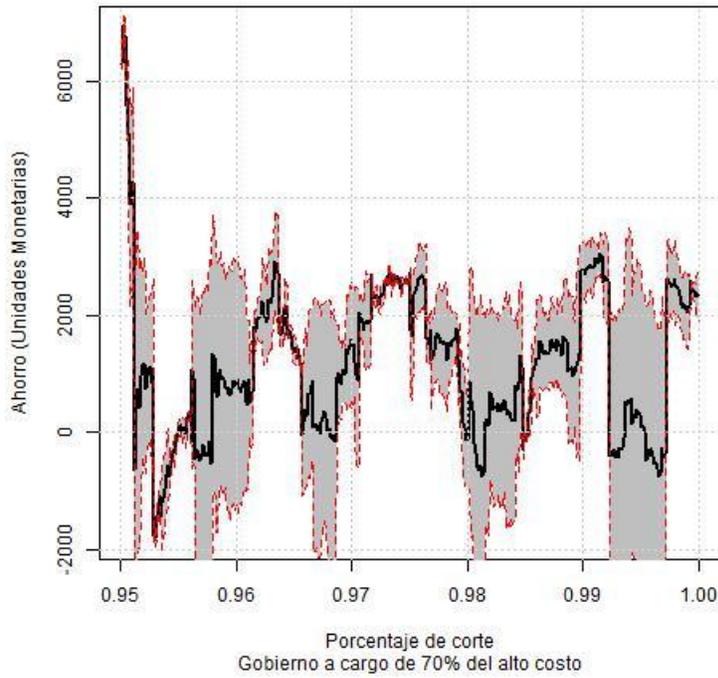


Gráfica 35



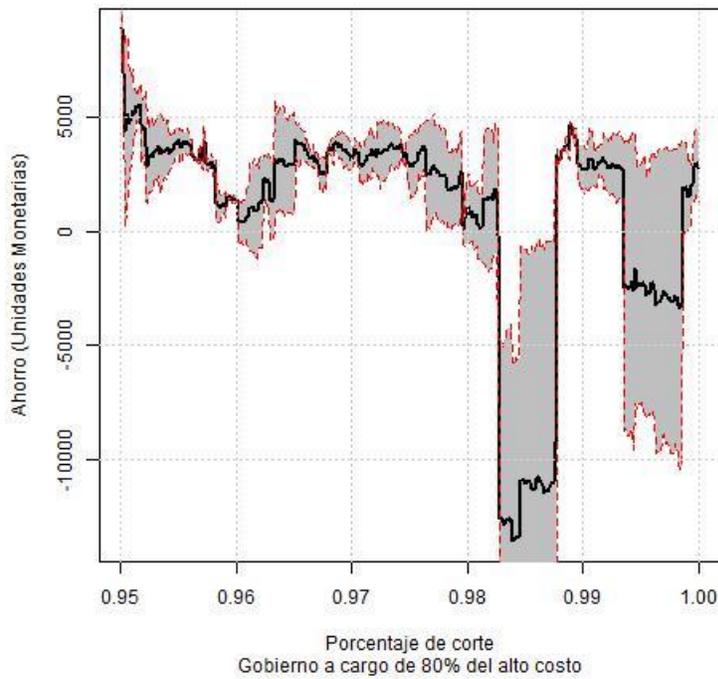
Gráfica 36

Curva de ahorros, Intervalo 25%-75%

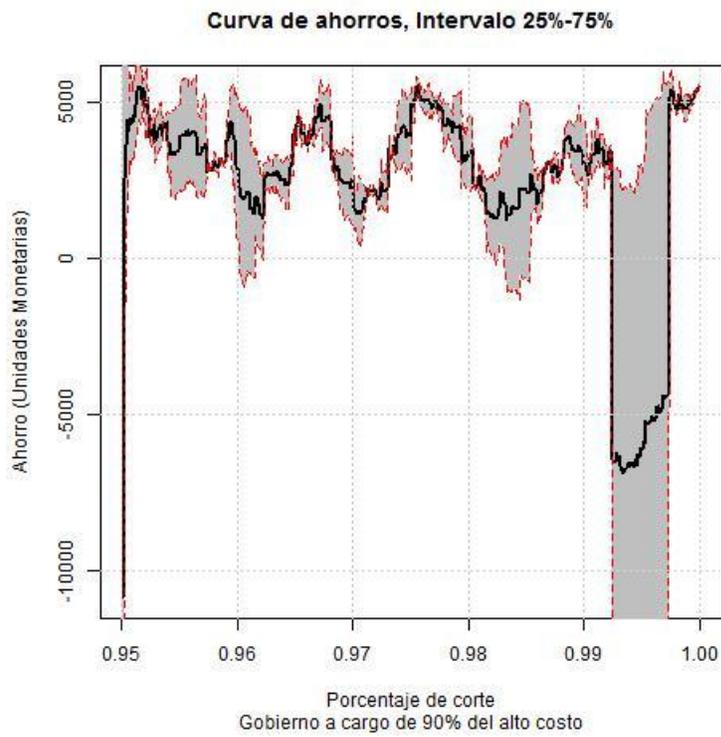


Gráfica 37

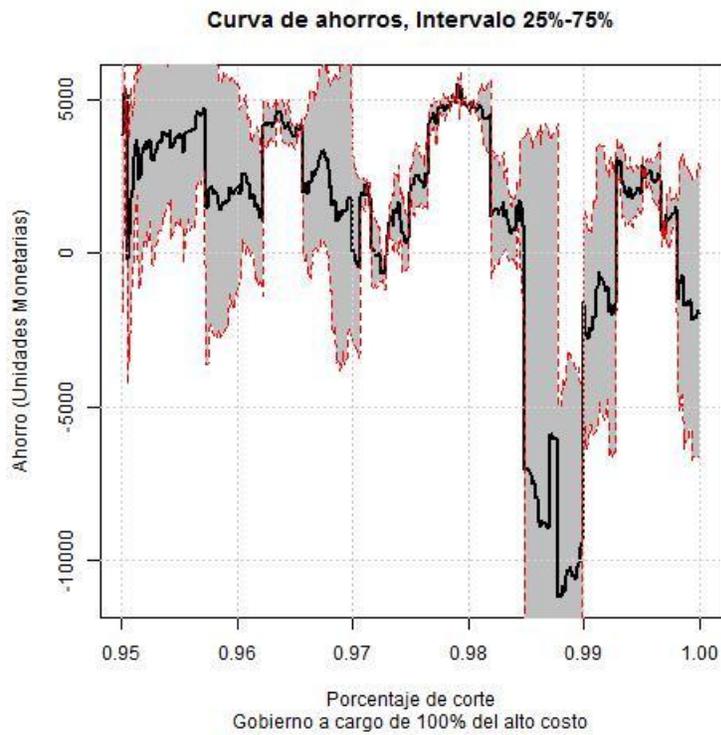
Curva de ahorros, Intervalo 25%-75%



Gráfica 38

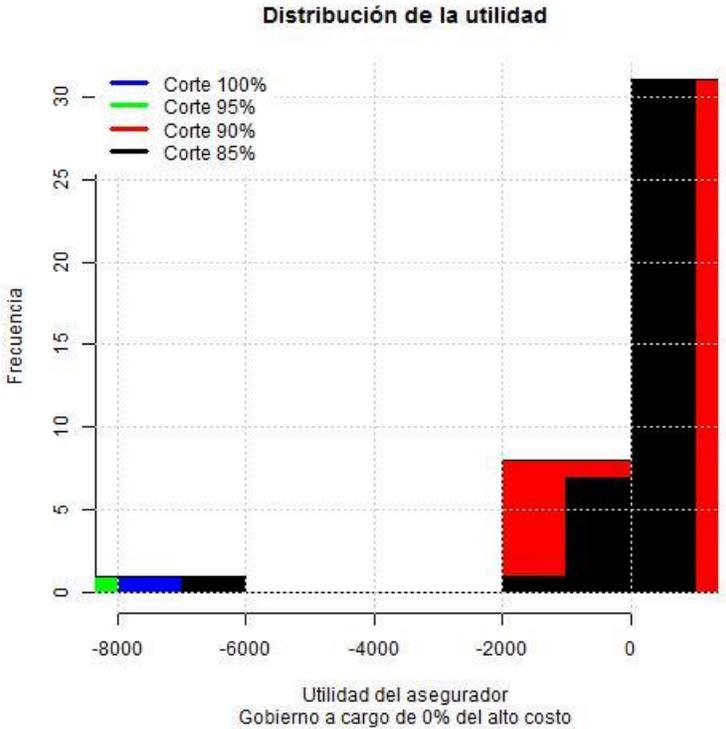


Gráfica 39

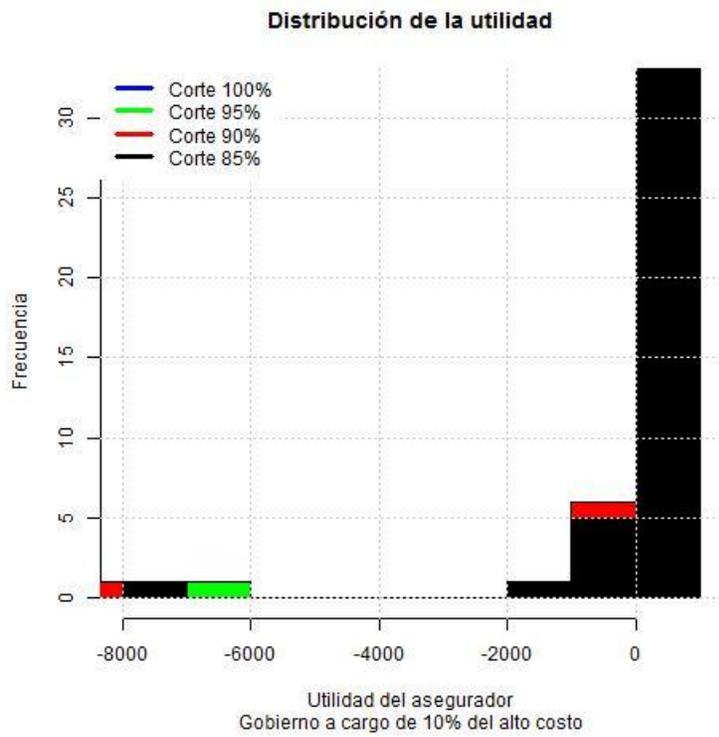


Gráfica 40

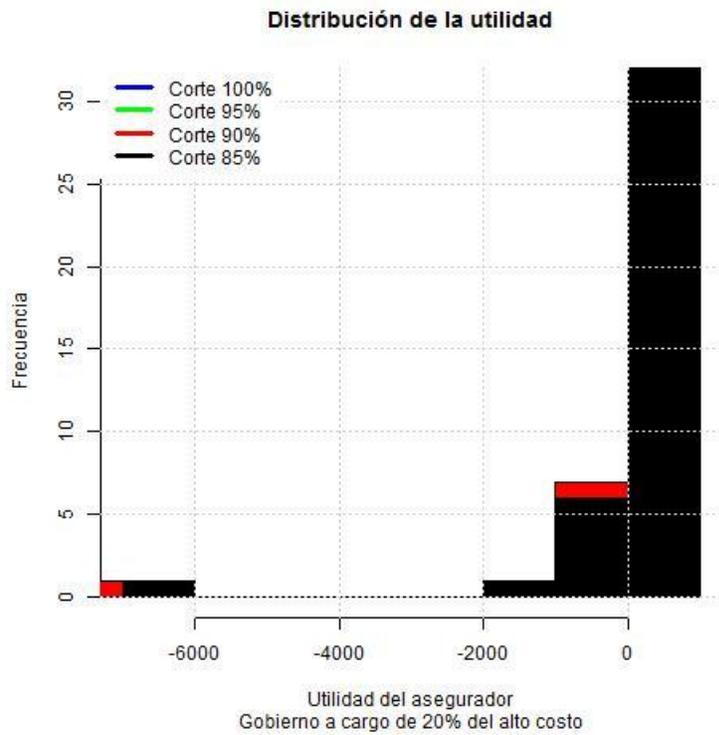
En todos estos escenarios la unidad de gasto es de 100,000 COP. Naturalmente, dada la distribución de ley de potencias, se genera mucho ruido alrededor de la simulación. No obstante, en todos los casos se observa que el ahorro esperado por parte del Estado es o con tendencia a ser positivo. Esto se da porque al ser de tan baja frecuencia, es posible que haya momentos donde no se reporten pacientes de alto costo, por ende el Estado se queda con el ahorro de la reducción de primas.



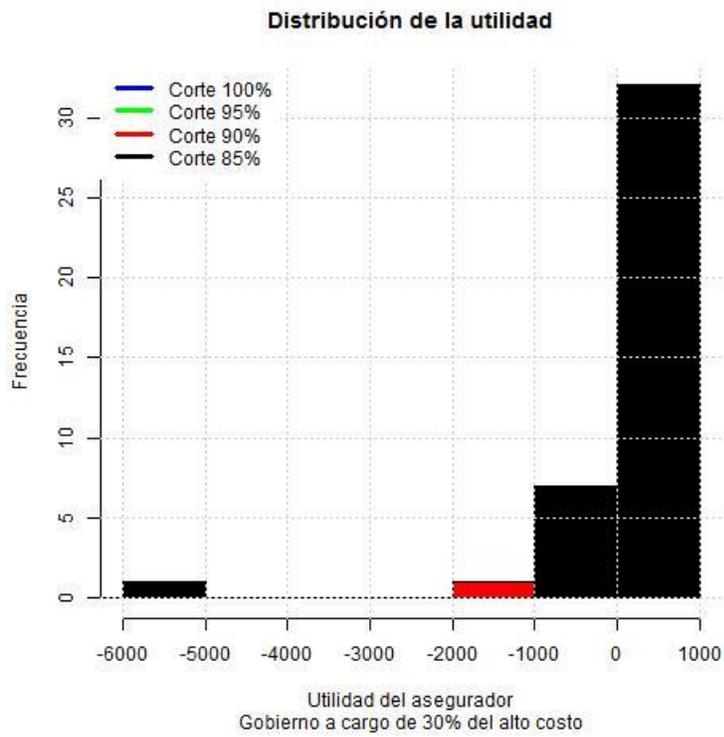
Gráfica 41



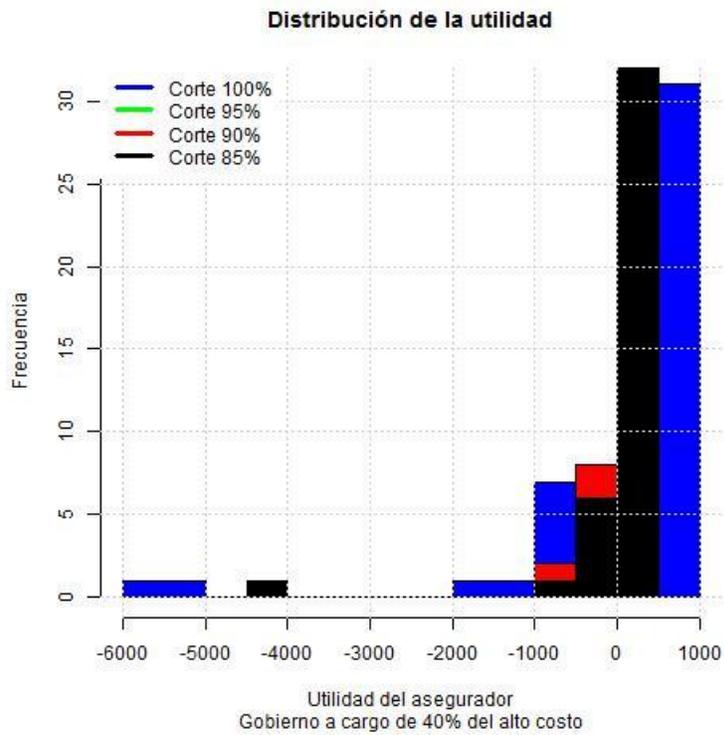
Gráfica 42



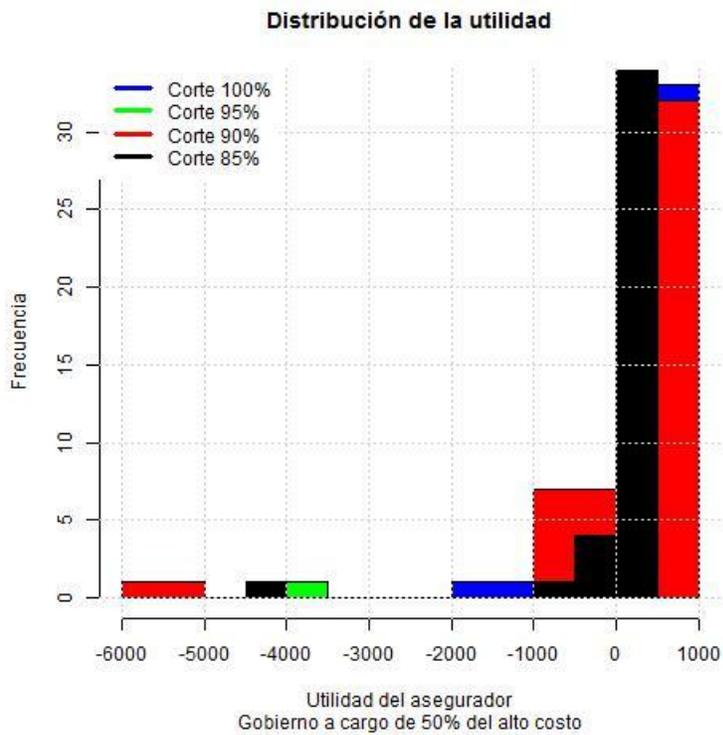
Gráfica 43



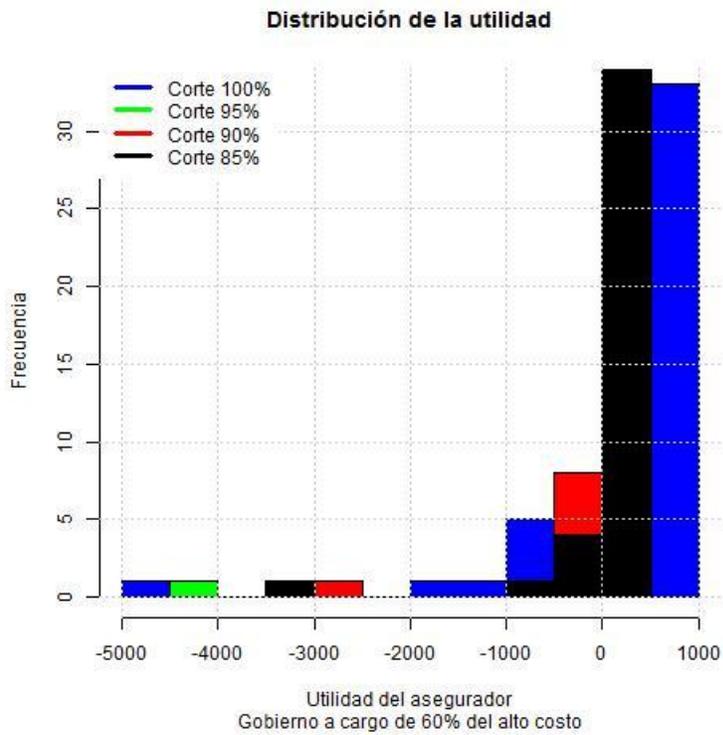
Gráfica 44



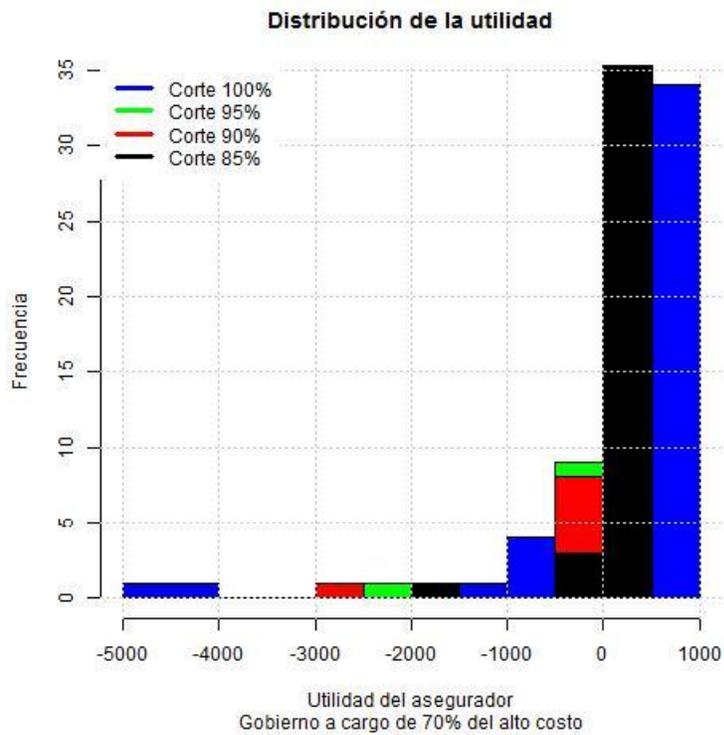
Gráfica 45



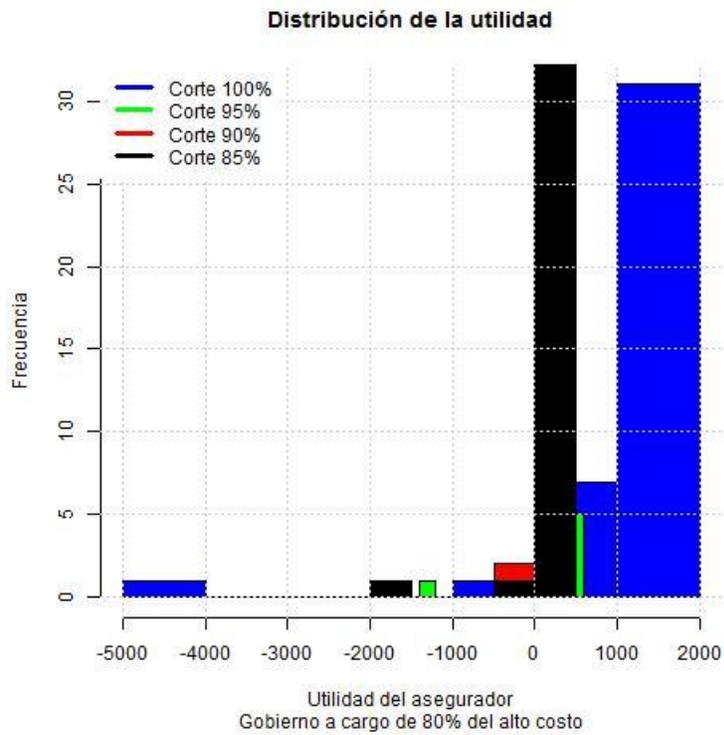
Gráfica 46



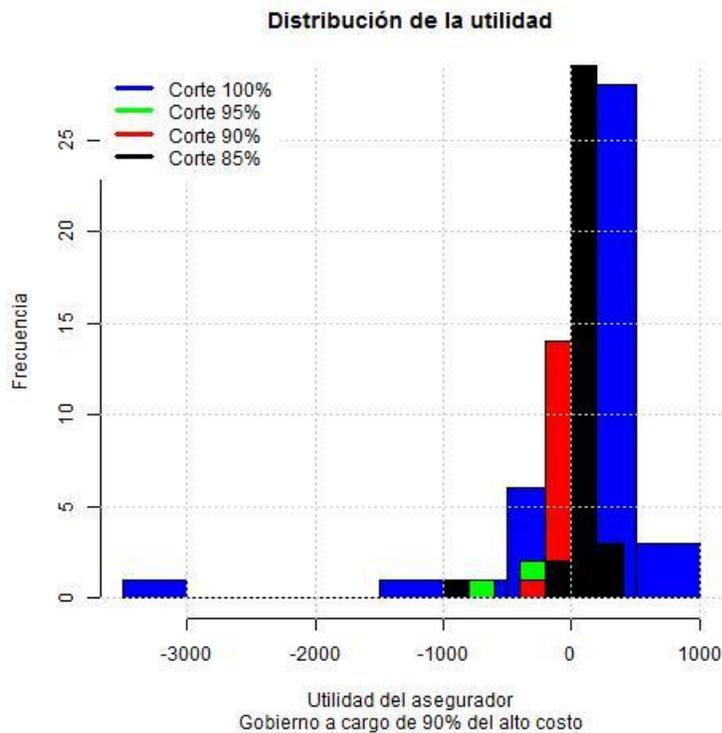
Gráfica 47



Gráfica 48



Gráfica 49



Gráfica 50

Análogamente, en lo que concierne a la distribución del gasto y suponiendo un escenario de 40 gestores, es notorio ver cómo la dispersión de las utilidades de los gestores se reduce sustancialmente cuando el Estado ejecuta esta metodología. De esta forma, el gestor tiene motivos para financiar las auditorías de alto costo, ya que, como se observa en los histogramas, son estos gestores los que reportarán gastos extraordinariamente altos y el pago de una auditoría significativamente reducirá estos costos, mientras que, en el caso en que no haya auditoría y se le pague todo directamente en la prima al gestor, si bien el ingreso aumenta un poco para los que no tuvieron el paciente de alto costo, aquel con este paciente se ve seriamente perjudicado. Por otro lado, teniendo en cuenta que al gestor se le exige aceptar a todo afiliado independiente de sus condiciones, al principio se genera un velo de incertidumbre sobre el gestor deficitario. De esta forma es altamente posible que, con miras a evitarlo, haya voluntad de pagar este alto costo.

SÍNTESIS

A partir del estudio anterior se observa la importancia en la forma de estructurar el cálculo de la capitación debido a los incentivos que genera en lo que concierne a la prestación de servicios de salud. En general, se propone una metodología de cálculo de prima pura con ciertos ajustes a la que actualmente se usa. También se propone mejorar los mecanismos de ajuste ex-ante debido a sus resultados en el control de la selección de riesgos, pero también se reconoce que mientras se llegan a mecanismos ideales, es pertinente tener ajustes ex-post buscando corregir incentivos generados por el bajo poder predictivo del ajuste de la prima.

7.8. *Sobre la integración vertical*

Un tema común en lo que respecta al aseguramiento de la salud, que incluso fue planteado como solución al problema de ausencia de oferta es la integración vertical. No obstante, en Colombia, no ha estado libre de opositores. Aun así, comenta el profesor Ramón Abel Castaño que gran parte de este debate es ajeno a la teoría científica y a la evidencia empírica (Castaño, 2004).

Con miras a aportar a este debate, esta sección se desarrolla en dos ejes argumentativos. En primer lugar se describe, desde la teoría económica este fenómeno intentando entender qué lo origina, cuáles son sus ventajas y cuáles sus desventajas. Como segundo eje de argumentación se hace un recuento del estado actual de la integración vertical en Colombia. Finalmente, a partir de estos dos temas, se hace una síntesis donde se concluya los casos y contextos bajo los cuales la integración vertical sería aceptable en el sistema de salud colombiano.

Antes de empezar la argumentación es importante hacer evidente que muchos casos de integración vertical escritos en la teoría no son válidos para este análisis. Con respecto a estos se destacan dos tipos de estudios. En primer lugar, están trabajos como “Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that’s not final)” (Editorial, 2006) ya que al basar sus conclusiones en los trabajos de los profesores Cuellar y Gertler (2005) y Ciliberto y Dranove (2005) está hablando sobre la integración vertical entre hospitales y doctores, mas no entre aseguradores y hospitales****. El otro caso se observa en modelos como el planteado por Gaynor y Town (2011) ya que asumen que las aseguradoras compiten en precio de la prima por los clientes. Si bien este caso es relevante para la teoría general, no aplica en Colombia ya que la prima de seguro es definida por el gobierno, de tal manera que esta competencia no se da. Adicionalmente, y a diferencia de otros países, en nuestro país la integración vertical es apenas parcial. Pese a todo lo anterior y cuando se considere apropiado se resaltarán características de estos casos para hacer comparaciones y contrastes con el caso de estudio.

INTEGRACIÓN VERTICAL DESDE LA TEORÍA

Desde la perspectiva de organización industrial se considera a la alineación de intereses entre las diferentes empresas vinculadas en un sector productivo aumenta el valor agregado del producto ya que se aumentan los flujos de información y de recursos a través de la cadena de valor y se disminuyen los costos logísticos y de inventarios (Mentzer, 2001). Este enfoque se ha consolidado al punto de ver la integración vertical como una de las estrategias que más valor generan en la producción de bienes y servicios (Hax & Wilde, 2001).

Partiendo de este hecho, resulta extraño el debate que surge entorno a este tema al asociarlo al sector salud. No obstante, la diferencia surge de la forma en la cual se estructura la prestación de servicios en este tema (Pauly, 1987). La diferencia principal entre el aseguramiento y otras industrias está en que el pago del seguro no implica la entrega de un producto por parte del asegurador. Es decir, dado que la compra no implica un gasto automático por parte de la empresa aseguradora, ésta tiene incentivos para que el

**** En primer lugar, si bien esta integración es altamente relevante en lo que respecta al modelo de atención, se desvía del tema central del reporte. Por otro lado, la corte constitucional impone este tipo de integración a partir de la C-614 de 2009 en hospitales públicos.

beneficiario del seguro no lo ejecute en plenitud. Es por este argumento que ante la preocupación de incentivos perversos que puedan ser catalizados por la integración vertical, la academia prefiere revisar estos casos con mayor cuidado.

Ya entrando al sector salud, la integración vertical entre aseguradoras e instituciones prestadoras de servicios de salud presenta una serie de consecuencias las cuales traen consigo ventajas y desventajas.

En primer lugar la integración vertical elimina el problema de la doble marginalización (Spengler, 1950). En una cadena de valor donde los diferentes procesos pertenecen a distintas empresas, cada eslabón trabaja buscando obtener una rentabilidad mínima, de esta forma, por cada eslabón adicional el precio del objeto en cuestión aumenta ya que el comprador debe pagar las materias primas y la renta esperada por cada firma.

Cuando hay integración vertical, es solo una empresa la que introducirá su rentabilidad en el precio, y así el costo para el consumidor final será menor. De este hecho surgen elementos a favor y en contra. Por una parte, la teoría aprueba esto ya que el consumidor final tendrá acceso a servicios más económicos (Cutler & Zeckhauser, 1999). Por otro lado, también existen críticas que argumentan que aquellos aseguradores que no estén integrados tendrán una desventaja comparativa frente a aquellos aseguradores integrados ya que, al tener que pagar la rentabilidad que los hospitales exigen, deberá cobrar primas de seguro mayores, volviéndose menos atractivo para los clientes (Salinger, 1988). En lo que concierne a la crítica de Salinger, surgen dos argumentos en defensa de la integración vertical. Por una parte, se ha demostrado teóricamente que las conclusiones de Salinger son sensibles a su modelación y que modelando el mismo problema de otra forma, la integración vertical promueve la competencia (Loertscher, 2008). Por otro lado, en lo que respecta al caso Colombiano, como la afiliación es independiente del pago de la prima (ya que esta la define el Estado y es ajena a la voluntad de las personas), este problema no es válido.

En segundo lugar, la integración vertical aumenta el poder de mercado de las aseguradoras (Cutler & Zeckhauser, 1999). De la mano con el argumento anterior, si el asegurador puede tener su propio hospital, a la hora de negociar tarifas él puede presionar a los hospitales no afiliados, que, de no aceptar sus precios, éste generará su propia institución y le reducirá la demanda de servicios a los primeros. Ante este argumento sale una preocupación inminente y es la pauperización de los hospitales. Sin embargo este argumento es cuestionable en la medida de que la integración vertical tiene sentido sólo si los prestadores cargan precios muy elevados –lo que indicaría que ejercen cierto poder de mercado. Adicionalmente, como se muestra en el Anexo 5 de este documento, si hay pauperización ésta no es diferente a la de competencia perfecta.

Un tercer hecho es que la integración vertical reduce los problemas de asimetrías de información (Castaño, 2004). Para el caso puntual del aseguramiento existe un problema de información entre el asegurador y el proveedor de servicios, ya que el segundo atiende al benefactor del seguro y tiene un rango de decisión sobre cómo tratarlo, mientras que al primero sólo le llega una cuenta de cobro (Klein, Crawford, & Alchian, 1978). Respecto a esto, la integración vertical permite reducir este costo ya que la coordinación y el flujo de información son procesos internos a la organización. Un ejemplo ilustrativo es el de Estados Unidos donde las HMO, o aseguradoras prepagadas, al integrarse con los prestadores de servicios, tenían un control más eficiente de la información que por ellas pasaba (Castaño, 2004). Esta información es importante por tres razones: el asegurador verifica la prestación del servicio; control sobre los gastos; coordinación en la red de servicios, desde el beneficiario y su estado hasta la prestadora y el gestor.

Con el fin de obtener la información correcta la aseguradora puede fomentar el uso de guías y estandarización de procesos con miras a prestar un servicio oportuno al paciente y que no presente más gastos de los necesarios. Esta mirada ha sido fuertemente criticada porque se teme que la aseguradora, aprovechando el control sobre los prestadores de servicios, ejecute planes de contención de costos reduciendo la calidad. Este argumento no es válido en el contexto general de integración vertical ya que se demuestra que en escenarios de integración vertical la calidad del producto aumenta (Economides, 1999). Empero puede haber inconformidad con una respuesta general ya que el sector salud funciona distinto, al estudiar el caso particular, las conclusiones son similares. Una justificación teórica de este punto puede encontrarse en el Anexo 6 de este documento.

Retornando a las ventajas y desventajas de la integración vertical, un cuarto hecho de ésta es que reduce los costos de transacción entre los agentes (Restrepo, Lopera, & Rodríguez, 2007) concluyendo que dada la eliminación de los mismos, los costos de producción de los servicios de salud y aseguramiento son mucho menores. Este argumento se concatena fuertemente con los planteados previamente para sugerir que las empresas integradas adquieren un fuerte poder de mercado. Este punto preocupa bastante a las empresas ya que temen por la generación de barreras de entrada al sector (Williamson, 1993). Sin poner en duda este hecho, es preciso estudiar las implicaciones de una barrera de entrada en lo que respecta al sector salud.

Con respecto a las aseguradoras se tienen dos argumentos en contra de la barrera de entrada. Por una parte, para el caso colombiano, siendo el Estado quien impone la prima, no hay barreras vía precios, que es como lo predice la teoría. En segundo lugar, una aseguradora es viable solo si cuenta con un acervo de riesgo suficientemente grande (American Academy of Actuaries, 2009). Es decir, ante una población dada, el número de aseguradoras eficientes es limitado, luego independiente de la existencia o no de integración ya hay una oferta máxima determinada. En lo que concierne a los hospitales y demás prestadores de salud, se tiene un problema similar. Al revisar el primer hecho sobre la integración vertical se hace evidente que en cuanto a costos, los hospitales integrados no ofrecerán precios menores a los hospitales eficientes, de esta forma no habrá una barrera explícita vía costos.

Pese a lo anterior, el quinto hecho de la integración vertical es que en caso de ser un asegurador monopolista, la integración vertical fomentará monopolios en los prestadores, los cuales aumentan los precios al consumidor final (Gaynor & Haas-Wilson, Change consolidation and competition in health care markets, 1999). Cuando se analiza este problema hay dos supuestos implícitos. El primero es que el asegurador puede generar barreras de entrada a otros y el segundo es que el asegurador impone precios (Bijlsma, Meijer, & Shestalo, 2008). Ahora bien, en el caso colombiano, en análisis no aplica de forma directa. Dado que el Estado impone el precio de la prima, no hay, en principio, un efecto sobre los servicios de salud. Sin embargo, el problema se deriva es de la forma en que el Estado calcula la prima. Si el cálculo es independiente a los precios que se reportan entre asegurador y prestador, el asegurador monopolista, junto con su cadena de hospitales no tendría incentivo en mencionar precios altos. Es más, el asegurador buscará hacer la integración más eficiente para reducir al mínimo los costos, y así, dado un ingreso independiente, maximizar su beneficio. Desde una perspectiva diferente, este argumento plantea que, dada un ingreso fijo, la integración vertical permite a las aseguradoras buscar los contratos más eficientes para maximizar así sus beneficios (Castaño, 2004). Quedaría abierta la discusión sobre los casos donde el estado no pueda obtener más información que la del asegurador, sin embargo estos ya fueron tratados anteriormente.

INTEGRACIÓN VERTICAL Y CONCENTRACIÓN DE MERCADO EN COLOMBIA

Desde los inicios del actual sistema de seguridad social en Colombia, la integración vertical se ha considerado una realidad. Tanto así que en el artículo 181 de la ley 100 de 1993 habla de las relaciones que debe tener la aseguradora con las instituciones prestadoras de servicio que posee. Aun así en la ley 1122 de 2007 el artículo 15 planteaba que “las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.” De esta forma quedaba habilitada la integración vertical, pero limitando el porcentaje de empresas integradas. Si bien este artículo fue demandado por inconstitucionalidad, la Corte lo declaró exequible argumentando que al limitar la integración no se violaba la libertad económica ni se imponían controles a las empresas sino que se buscaba evitar la formación de posiciones dominantes que atentaran contra el libre mercado (Sentencia C-1014/2007, 2007). Fundamentada en lo anterior, la Superintendencia Nacional de Salud expidió los criterios para la integración vertical – que se pueden encontrar en el Anexo 7 de este documento.

Es a partir de estos hechos que se genera en Colombia una regulación en lo que concierne a las empresas integradas verticalmente. Dado este marco normativo, se hace preciso entender cómo se están comportando las aseguradoras en Colombia.

Con respecto a este tema en Colombia los mercados tanto de aseguradores como de prestadores de servicios de salud son altamente concentrados (Gorbaneff, Torres, & Contreras, Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial, 2008). Gorbaneff et. al concluyen a partir de este resultado que es por causa del poder industrial que los prestadores presentan crisis financieras y que les ha tocado unirse para negociar precios con las aseguradoras. Paradójicamente tres años después Gorbaneff & Merlano (2011) argumenta que este poder no lo tienen las aseguradoras debido a la integración vertical. De hecho, afirma que todas cumplen el máximo exigido del 30%. No obstante, él propone que pueden existir otro tipo de relaciones estratégicas entre prestadoras y aseguradoras –tales como separación jurídica con contratos de prestación con diferentes grados de exclusividad-, distintos a los considerados por la Superintendencia Nacional de Salud, que están generando estos problemas.

Por su parte, Restrepo et. al (2007) proponen que en Colombia hay dos formas de integración vertical. Por una parte, se tiene la integración por propiedad financiera (que es la que restringe la Superintendencia) y por otro lado la que es consecuencia de acuerdos contractuales que generan una dependencia técnica y administrativa (integración virtual). Igualmente, estos autores argumentan que en Colombia los motivos de integración son los altos costos de transacción y las consideraciones estratégicas. A partir del modelo de doble marginalización de Spengler ellos muestran cómo, en Colombia, la integración vertical presenta mejores resultados que tener aseguradoras y hospitales trabajando por separado. Finalmente, estos autores argumentan que la integración vertical solo es benéfica bajo ciertos criterios; particularmente que se haga buscando suplir necesidades de oferta y no como un modo de extracción de rentas.

Dado este contexto, se hace una revisión empírica de la situación en Colombia. A partir de la circular única de la Superintendencia Nacional de Salud, con corte de Abril 2013 se obtuvo la siguiente lista de prestadores integrados (por motivos de orden y espacio, se usan los códigos asignados para nombrar las distintas aseguradoras).

Aseguradora	IPS INTEGRADAS
EMP002	7
EMP015	9
EMP017	1
EMP021	2
EMP023	13
EMP028	17
EPS002	5
EPS003	10
EPS005	9
EPS010	2
EPS012	3

EPS013	9
EPS016	14
EPS023	10
EPS026	2
EPS033	4
EPSS03	9
EPSS33	3
ESS024	2
ESS062	3
ESS118	1
Total general	135

Tabla 13 IPS Integradas registradas

A partir de la base de REPS del Ministerio de Salud y Protección Social con corte de 17 Abril de 2013, se tiene que estas instituciones tienen habilitados 2488 servicios de salud, distribuidos de la siguiente forma:

Ámbitos	Servicios
Ambulatorio	1954
Hospitalario	395
Domiciliario	93
Unidad Móvil	34
Centro de Referencia	7

Institución Remisora	4
Extramural	1
Total	2488

Tabla 14 Servicios de las IPS integradas

Servicios habilitados			Servicios habilitados			Servicios habilitados			Servicios habilitados			Servicios habilitados		
Consul ta Extern a	MEDICINA GENERAL	9 5		NEFROLOGIA	9	Hospitalario	GENERAL ADULTOS	17		LABORATORIO CLINICO	23		CIRUGÍA DE TÓRAX	4
	ODONTOLOGIA GENERAL	6 3		NEUROCIRUGÍA	8		GENERAL PEDIÁTRICA	15		TRANSFUSIÓN SANGUINEA	16		OTRAS CIRUGIAS	4
	PEDIATRÍA	5 9		CIRUGÍA PEDIÁTRICA	6		OBSTETRICIA	14		ENDOSCOPIA DIGESTIVA	14		CIRUGIA ONCOLOGICA	3
	MEDICINA INTERNA	5 7		GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	5		HOSPITALIZACIO N DOMICLIARIA	13		ELECTRODIAGNÓSTI CO	11		CIRUGÍA PLÁSTICA ONCOLÓGICA	3
	GINECOBSTETRICIA	5 4		CIRUGÍA CARDIOVASCULA R	4		CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	8		ECOCARDIOGRAFÍA	10		IMPLANTE DE TEJIDO OSEO	3
	PSICOLOGIA	5 4		CIRUGÍA NEUROLÓGICA	4		CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	7		DIAGNOSTICO CARDIOVASCULAR	7		CIRUGIA CARDIOVASCU LAR	2
	NUTRICION DIETETICA	Y 5 3		CIRUGÍA VASCULAR	4		CUIDADO INTERMEDIO ADULTOS	6		LACTARIO ALIMENTACIÓN	- 6		CIRUGÍA ONCOLÓGICA PEDIÁTRICA	2
	ENFERMERÍA	4 7		DOLOR CUIDADOS PALIATIVOS	Y 4		CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	6		NEFROLOGÍA DIÁLISIS RENAL	- 4		TRANSPLANTE DE CORNEA	2
	CIRUGIA GENERAL	3 5		MEDICINA ALTERNATIVA TERAPIA ALTERNATIVA	- 4		CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	3		ONCOLOGÍA CLÍNICA	4		CIRUGIA ENDOVASCULA R NEUROLOGIA	1
	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGÍA	Y/O 3 2		ONCOLOGÍA CLÍNICA	4		CUIDADO INTERMEDIO PEDIÁTRICO	3		UROLOGÍA PROCEDIMIENTO	4		IMPLANTE DE VÁLVULAS CARDÍACAS	1
DERMATOLOGÍA	2 9		CIRUGÍA TÓRAX	DE 3		HOSPITALIZACIO N DIA	1		HEMODINAMIA	2		OTROS IMPLANTES Y TRANSPLANTE S	1	
OPTOMETRÍA	2 9		CIRUGÍA ONCOLÓGICA	3		PSIQUIATRÍA O UNIDAD DE SALUD MENTAL	1		LABORATORIO DE PATOLOGÍA	2		TRANSPLANTE MÉDULA OSEA O CÉLULAS	1	

			ARRIMIAS CARDÍACAS			AMBULATORIO				
	ANESTESIA	18	GERIATRIA	2		CENTROS O SERVICIOS UNIDADES DE REHABILITACIÓN	1		CIRUGIA GINECOLOGICA	19
	PERIODONCIA	18	HEMATOLOGÍA	2		UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA	1		CIRUGIA ORTOPEDICA	19
	CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	16	HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA	2	Total Otros Servicios		10 4		CIRUGIA UROLOGICA	18
	TERAPIA RESPIRATORIA	15	IMPLANTOLOGÍA	2	Promoción y Prevención	ATENCIÓN PREVENTIVA SALUD ORAL HIGIENE ORAL	49		CIRUGIA OTORRINOLARINGOL OGIA	16
	FONOAUDIOLOGIA Y/O TERAPIA DE LENGUAJE	14	INFECTOLOGÍA	2		PLANIFICACIÓN FAMILIAR	58		CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA	16
	CARDIOLOGÍA	13	MEDICINA FÍSICA Y DEL DEPORTE	2		VACUNACIÓN	57		CIRUGIA MAXILOFACIAL	15
	TERAPIA OCUPACIONAL	13	ONCOLOGÍA Y HEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA	2		PROMOCIÓN EN SALUD	54		CIRUGIA OFTALMOLOGICA	13
	ENDOCRINOLOGÍA	12	REUMATOLOGÍA	2		OTRA	30		CIRUGIA PEDIÁTRICA	11
	MEDICINA FAMILIAR	12	UROLOGÍA ONCOLÓGICA	2	Total Promoción y Prevención		24 8		CIRUGIA VASCULAR Y ANGIOLOGICA	10
	MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN	12	CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO	1	Apoyo Diagnóstico y Complementac ión Terapéutica	TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLINICO	82		CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES TEJIDOS BLANDOS	8
	SALUD OCUPACIONAL	12	GENETICA	1		TOMA DE MUESTRAS CITOLOGÍAS CERVICO- UTERINAS	53		CIRUGÍA DERMATOLÓGICA	8
	NEUMOLOGIA	10	INMUNOLOGÍA	1		SERVICIO FARMACÉUTICO	50		CIRUGIA NEUROLÓGICA	8

	NEUROLOGIA	10		MEDICINA NUCLEAR	1		TOMA E INTERPR. RADIOLOGÍAS ODONTOLÓGICAS	43		CIRUGÍA DE LA MANO	6
	PSIQUIATRÍA	10		ORTOPEDIA INFANTIL	1		RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOST.	37		CIRUGIA ORAL	6
	REHABILITACIÓN ORAL	10		ORTOPEDIA ONCOLÓGICA	1		ULTRASONIDO	25		CIRUGÍA GASTROINTESTINAL	5
	GASTROENTEROLOGÍA	9	Total Consulta Externa		114		ESTERILIZACIÓN	24		CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	4

Tabla 15 Servicios habilitados en IPS integradas

En este caso se evidencia cómo la integración vertical declarada a la Superintendencia está enfocada en los servicios básicos y generales. Este hecho es consistente con las teorías expuestas en las cuales las aseguradoras buscarán integrarse en los mercados de piedad de entrada y donde pueda existir déficit de oferta.

Con la base de Gestión de la Demanda del Ministerio de Salud y de la Protección Social, con la cual se calcula la UPC de 2013, se estudió que porcentaje de las personas afiliadas a las aseguradoras fueron atendidas en los prestadores integrados y que porcentaje del gasto se produjo en éstos.

EPS	Porcentaje de personas	Porcentaje de valor declarado
EPS016	37,59%	16,56%
EPS002	29,14%	14,61%
EPS013	19,19%	4,42%
EPS012	6,88%	3,73%
EPS005	11,63%	2,70%
EPS003	22,26%	2,48%
ESS118	3,43%	1,88%
EPS023	18,75%	1,70%
EPS010	8,63%	1,55%
EPSS03	6,44%	0,32%
EPS033	1,02%	0,10%
ESS062	0,23%	0,03%
Máximo	37,59%	16,56%

Tabla 16 Porcentajes de la integración vertical

En este caso se creería que todas las aseguradoras cumplen con los criterios puestos por las normas. De aquí surgen dos preguntas empíricas. En primer lugar, es de interés saber las diferencias de precios asociadas a las integradas vs no integradas. Por otra parte, si tan

poca es la concentración, se hace pertinente ver cómo se distribuye el gasto entre todos los prestadores.

Respondiendo a la primera interrogante, respecto a procedimientos médicos, se tiene el siguiente resultado.

Sistema	Grupo CUPS	Precio Aumenta	Precio Disminuye	Sistema	Grupo CUPS	Precio Aumenta	Precio Disminuye
Sistema Nervioso	01	-230%	57%	Sistema Urinario	55	-678%	45%
	02	-179%	60%		56	-226%	51%
	03	-132%	50%		57	-265%	40%
	04	-170%	53%		58	-93%	58%
	05	-71%	70%		59	-33%	47%
Sistema Endocrino	06	-145%	36%	Sistema Reprodutor Masculino	60	-97%	57%
	07	-128%	65%		61	-37%	41%
Sistema Visual	08	-102%	47%		62	-339%	59%
	09	-191%	60%		63	-147%	56%
	10	-100%	48%	64	-62%	50%	
	11	-113%	48%	Sistema Reprodutor Femenino	65	-60%	46%
	12	-198%	54%		66	-147%	58%
	13	-70%	48%		67	-16086%	59%
	14	-259%	40%		68	-50%	43%
	15	-120%	28%		69	-85%	53%
16	-207%	46%	70		-202%	54%	
Sistema Auditivo	18	-119%	56%		71	-96%	48%
	19	-130%	56%		72	-138%	40%
	20	-110%	25%	73	-7%	47%	
Nariz, Boca, Faringe	21	-257%	46%	74	-57%	34%	
	22	-162%	52%	75	-25%	51%	
	23	-37%	21%	Sistema Osteomuscular	76	-96%	50%
	24	-91%	31%		77	-176%	50%
	25	-152%	52%		78	-235%	51%
	26	-214%	54%		79	-141%	49%
	27	-100%	48%		80	-119%	45%
	28	-47%	56%		81	-102%	53%

	29	-236%	45%		82	-118%	42%
Sistema Respiratorio	30	-13791%	70%		83	-661%	43%
	31	-88%	54%		84	-332%	30%
	32	-228%	36%	Sistema Tegumentario	85	-210%	52%
	33	-245%	52%		86	-162%	47%
	34	-167%	54%	Imagenología	87	-653%	47%
					88	-14943%	40%
Sistema Circular	35	-16%	64%	Consulta Monitorización y Procesos Diagnósticos	89	-4145%	44%
	36	-162%	59%	Laboratorio Clínico	90	-879%	40%
	37	-122%	59%	Medicina Tranfusional y Banco de Sangre	91	-176%	46%
	38	-309%	54%	Medicina Nuclear y Radioterapia	92	-106%	58%
	39	-253%	56%	Desempeño Funcional y Rehabilitación	93	-184%	45%
Sistema Hemático y Linfático	40	-103%	35%	Salud Mental	94	-240%	62%
	41	-13%	48%	Diagnóstico y Tratamiento en sistemas visual y auditivo	95	-71%	59%
Sistema Digestivo	42	-209%	55%	Otros Procedimientos No Quirugicos	96	-417%	56%
	43	-229%	35%		97	-408%	66%
	44	-238%	55%		98	-144%	77%
	45	-671%	45%	Procedimientos Miselanio	99	-219%	36%
	46	-2974934%	44%	Procedimientos e intervenciones colectivas	A1	-35%	33%
	47	-108%	53%		A2		72%
	48	-304%	58%	Servicios en la atención de salud	S0		65%
	49	-237%	52%		S1	-99%	36%
	50	-82%	56%		S2	-47%	20%
	51	-99%	48%		S3	-80%	32%
	52	-414%	66%		S4	-234%	44%
	53	-217%	54%				

	54	-107%	58%		S5	-116%	98%
--	----	-------	-----	--	----	-------	-----

Tabla 17 Diferencias en costos de procedimientos

Los resultados muestran como la integración vertical puede tanto triplicar o reducir a un tercio los valores de los procedimientos. A partir de este resultado se puede ver cómo en algunos casos, la integración vertical efectivamente es más eficiente y reduce los costos del sistema, mientras que en otros entornos parece ser un mecanismo para generar rentas, de acuerdo con las indicaciones de Restrepo et al.

Sistema	Grupo CUMS	Precio Aumenta	Precio Disminuye	Sistema	Grupo CUMS	Precio Aumenta	Precio Disminuye	
Tracto alimentario y metabolismo	A01	-184%	18%	Antiinfecciosos para uso sistémico	J01	-546%	46%	
	A02	-2536%	34%		J02	-2058%	37%	
	A03	-1085%	36%		J04	-377%	57%	
	A04		56%		J05	-222%	11%	
	A06	-775%	29%		J06	-18%	17%	
	A07	-1443%	22%		J07	-107%	7%	
	A10	-394%	18%		Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores	L01	-766%	26%
	A11	-572%	21%	L02		-570%	28%	
	A12	-57%	49%	L03		0%	9%	
	Sangre y órganos formadores de sangre	B01	-537%	37%		L04	-207%	9%
		B02	-119%	51%		Sistema musculosquelético	M01	-146%
		B03	-580%	36%	M03		-91%	26%
B04		-2677%	31%	M04	-615%		13%	
B05		-428%	42%	M05	-42%		46%	
Sistema Cardiovascular	C01	-538%	45%	Sistema nervioso	N01		-168%	33%
	C02	-614%	43%		N02	-3231%	33%	
	C03	-1363%	43%		N03	-370%	31%	
	C04		57%		N04	-746%	27%	
	C05		15%		N05	-2588%	38%	
	C07	-1572%	23%		N06	-1064%	29%	
	C08	-775%	36%		N07	-987%	35%	
	C09	-1403%	37%	Productos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	P01	-682%	30%	
	Dermatológicos	D01	-349%		25%	P02	-445%	40%
D04			42%		P03	-94%	17%	
D05			25%	Sistema respiratorio	R01	-166%	19%	
D06			16%		R03	-2857%	30%	
D07		-143%	20%		R05	-149%	29%	
D08		-218%	28%		R06	-2274%	32%	
D10			36%		R07		43%	
Sistema	G01	-1529%	27%	Órganos de los	S01	-142%	28%	

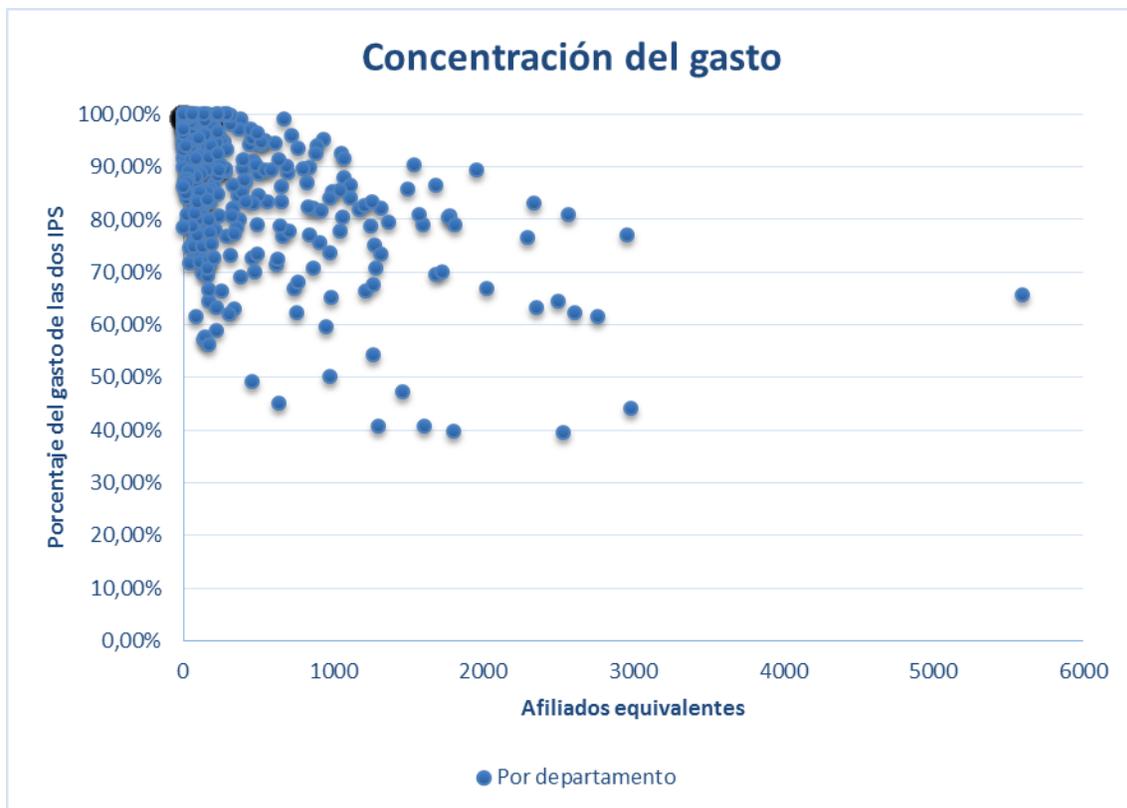
genitourinario y hormonas sexuales	G02	-249%	21%	sentidos	S02	-258%	
	G03	-235%	24%		Vo3	-177%	28%
	G04	-2173%	24%		Vo6	-62%	
Preparados hormonales sistémicos, excluyendo hormonas sexuales insulinas	H01	-283%	24%	Varios	Vo7	-369%	36%
	H02	-273%	42%		Vo8	-202%	39%
	H03	-772%	27%				

Tabla 18 Diferencias en costos de medicamentos

Al hacer este ejercicio por medicamentos se observa exactamente el mismo patrón. No obstante, en este caso se puede notar un escandaloso aumento del precio promedio. Es pertinente hacer notar que muchos de los valores atípicos probablemente no fueron considerados en el estudio de suficiencia asociado al cálculo de la prima gracias a las mallas de validación. Pero, el hecho de haber sido reportados por las EPS indica que también se generan aumentos elevados en los costos de algunos eventos (procedimientos o medicamentos).

Esta información es contrastante ya que por un lado se observa que el porcentaje de gasto asociado a las empresas integradas es mínimo, pero por otra parte es posible sustentar tanto hipótesis de eficiencia como hipótesis de uso de la integración vertical para extraer rentas.

Buscando obtener más información respecto a los hechos, a partir de la misma base de datos se calcula el porcentaje del gasto de las 5 IPS a las que más les facturó cada EPS.



Gráfica 51 Concentración del gasto del gestor

Cada punto representa una EPS en un departamento del país. Como se hace evidente, en cada departamento la concentración del gasto es muy fuerte, al punto que, considerando solo las 5 mayores IPS de cada EPS, ninguna concentración baja del 35%. Este resultado es entendible en los departamentos donde hay pocos afiliados, ya que si no hay afiliados o hay pocos, basta con disponer de un hospital para atender las necesidades de la población. Sin embargo es notorio que con poblaciones de más de mil personas, este patrón se siga cumpliendo.

Paralelo a esto, las EPS argumentan que muchas veces necesitan la integración vertical ya que hay territorios del país donde no existe oferta de servicios de salud o los que hay son ineficientes. Ante este argumento, a partir de las bases SiHo del Ministerio de Salud y Protección Social y REPS con corte a Mayo de 2013 y siguiendo la clasificación de riesgo hecha por la Resolución 2509 de 2012 se obtuvieron los siguientes resultados. Defínase monopolio de urgencias cómo aquellos casos donde solo los prestadores públicos o solo los prestadores privados tienen servicio de urgencias en un pueblo. Análogamente defínase monopolio de partos.

Monopolios de Urgencias	Municipios	Proporción Públicas en Riesgo	IPS en Alto Riesgo	Proporción Públicas en Riesgo	IPS en Medio Riesgo	Proporción Públicas en Riesgo	IPS en Bajo Riesgo	Proporción Públicas en Riesgo	IPS Sin Riesgo
Monopolio privado	19	50%		50%		0%		0%	
Monopolio público	784	35%		8%		16%		40%	
No urgencias	184	41%		3%		21%		35%	
Sin monopolio	127	28%		5%		19%		49%	

Tabla 19

Monopolios de Partos	Municipios	Proporción Públicas en Riesgo	IPS Alto	Proporción Públicas en Riesgo	IPS Medio	Proporción Públicas en Riesgo	IPS Bajo	Proporción Públicas en Riesgo	IPS Sin Riesgo
Monopolio privado	24	100%		0%		0%		0%	
Monopolio público	736	35%		8%		16%		41%	
No salas de partos	236	37%		4%		21%		38%	
Sin monopolio	118	31%		5%		19%		44%	

Tabla 20

Indicadores respecto a categorías de partos	Personas a Número de Camas Públicas	por de Número de Camas Privadas	Personas por de Número de Camas Total	Personas por de Número de Quirófanos Públicos	por de Número de Quirófanos IPS Privadas	Personas por de Número de Quirófanos Total
Monopolio privado	3561.77	2357.22	749.91	39533.00	18422.51	20768.12
Monopolio público	1773.57	4233.23	1732.12	22735.68	39276.73	22056.62
No salas de partos	1727.19	6441.70	1799.72	27016.38	27679.00	27148.90
Sin monopolio	1950.89	2281.09	913.27	54157.48	28311.50	19147.62

Tabla 21

Indicadores respecto a categorías	Personas a Número de Camas	por de por Número de Camas	Personas por de Número de Camas	Personas por de Número de Quirófanos	por de Número de Quirófanos IPS	Personas por de Número de Quirófanos
--	-----------------------------------	-----------------------------------	--	---	--	---

urgencias	Públicas	Privadas	Camas Total	Públicas Públicas	Públicas Privadas	Quirófanos Total
Monopolio privado	3379.00	763.04	906.27		10771.35	10771.35
Monopolio público	1760.24	5046.74	1740.85	22173.28	32860.17	20404.94
No urgencias	1570.60	984.94	1482.75	9533.50		9533.50
Sin monopolio	2051.52	2370.36	932.80	55558.65	30276.09	22402.20

Tabla 22

IPS Públicas y Privadas	Porcentaje Prestadores Públicos	IPS Públicas en Riesgo Alto	IPS Públicas en Riesgo Medio	IPS Públicas en Riesgo Bajo	IPS Públicas sin Riesgo
Intermedio	0.17744186	20	4	7	20
Monopolio privado	0.01318681	1	0	0	0
Monopolio público	0.69773784	227	54	108	261
No urgencias no partos	0.82293907	31	3	16	30
Sin monopolio	0.12127074	51	10	42	82

Tabla 23

En el caso de la última tabla, Intermedio hace referencia a que en algún escenario (partos o urgencias) hay monopolio público.

Ahora bien, buscando entender la distribución de servicios per cápita, se hicieron las siguientes categorías de algunos servicios de salud representativos.

1. Apoyo Diagnóstico:

Se seleccionan subespecialidades de laboratorio que recogen análisis y procesamiento de muestras de citología, serología, histoquímica y patología, siendo éstas las que abarcan la mayoría de diagnósticos diferenciales de laboratorio tanto de muestras en sangre, como de tejidos y, de forma particular por su importancia en salud pública, muestras de cérvix uterino. Así, se agrupan en esta categoría las siguientes subespecialidades:

- LABORATORIO CITOLOGÍAS
- LABORATORIO DE HISTOTECNOLOGÍA
- LABORATORIO CLINICO
- LABORATORIO DE PATOLOGÍA

2. Consulta Externa:

Para este escenario se recogen las subespecialidades que abarcan consultas por medicina general y, por otro lado, de medicina interna. En el primero, se recoge la inmensa mayoría de los pacientes que sufren de diversas patologías e incluso que son sujetos a intervenciones de promoción y prevención. En el segundo, se comprende el grupo de pacientes que consultan a un especialista con las patologías crónicas transmisibles y no-transmisibles que aportan mayor carga de la enfermedad. Nótese además, que en el primer grupo nos enfocamos en el nivel de atención básica en salud mientras que para el segundo en niveles de mayor complejidad. Los grupos quedan así:

Medicina Interna:

- ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRIMIAS CARDÍACAS
- INFECTOLOGÍA
- INMUNOLOGÍA
- CARDIOLOGÍA
- MEDICINA INTERNA
- ENDOCRINOLOGÍA
- NEFROLOGIA
- REUMATOLOGÍA
- NEUMOLOGIA
- GASTROENTEROLOGIA
- TOXICOLOGÍA
- GENETICA
- NEUROLOGIA
- GERIATRIA
- MEDICINA FAMILIAR
- GERONTOLOGIA

Medicina General:

- CONSULTA PRIORITARIA
- MEDICINA GENERAL

3. Quirúrgico:

Se selecciona el grupo que recoge las cirugías de urgencias y programadas que se realizan en quirófanos generales, sin infraestructura especial.

- CIRUGÍA DE TÓRAX
- CIRUGÍA DERMATOLÓGICA
- CIRUGÍA GASTROINTESTINAL
- CIRUGIA GENERAL
- CIRUGIA GINECOLOGICA
- CIRUGIA MAXILOFACIAL
- CIRUGIA ORAL
- CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGIA
- CIRUGÍA ONCOLÓGICA
- CIRUGIA PLASTICA Y ESTÉTICA
- CIRUGIA UROLOGICA
- IMPLANTE DE PIEL
- IMPLANTE DE TEJIDO OSEO
- OTRAS CIRUGIAS

4. Urgencias:

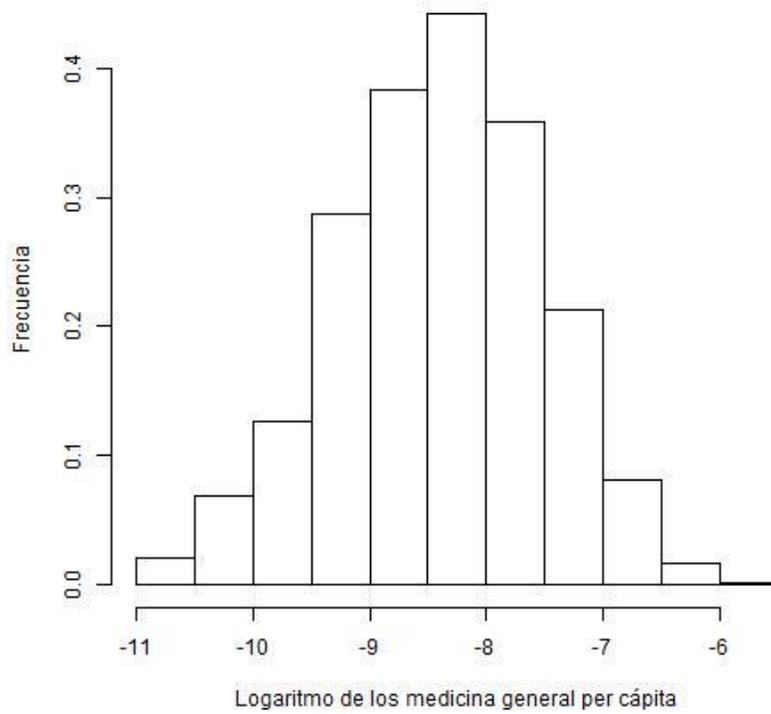
Se toman en cuenta los servicios de urgencias, de forma genérica. La definición de los mismos debe ser revisada con la fuente de datos. Se estima que en estos lugares se atienden urgencias vitales y no vitales tanto de pacientes adultos como pediátricos; se infiere que las urgencias relacionadas con la gestación, y más específicamente con el trabajo de parto, pudieran no estar incluidas aquí. No se toman en cuenta servicios de urgencias de salud mental, sin embargo, queda una duda sobre si se incluyen *actividades* a este respecto.

5. Hospitalario:

Se toma el gran grupo de hospitalización general adulto que comprende, actividades que no involucren cuidado intensivo tanto pre-post quirúrgicas como clínicas. Está relacionado con los indicadores internacionales que se refieren a la capacidad instalada en camas en estos servicios (hospitales generales).

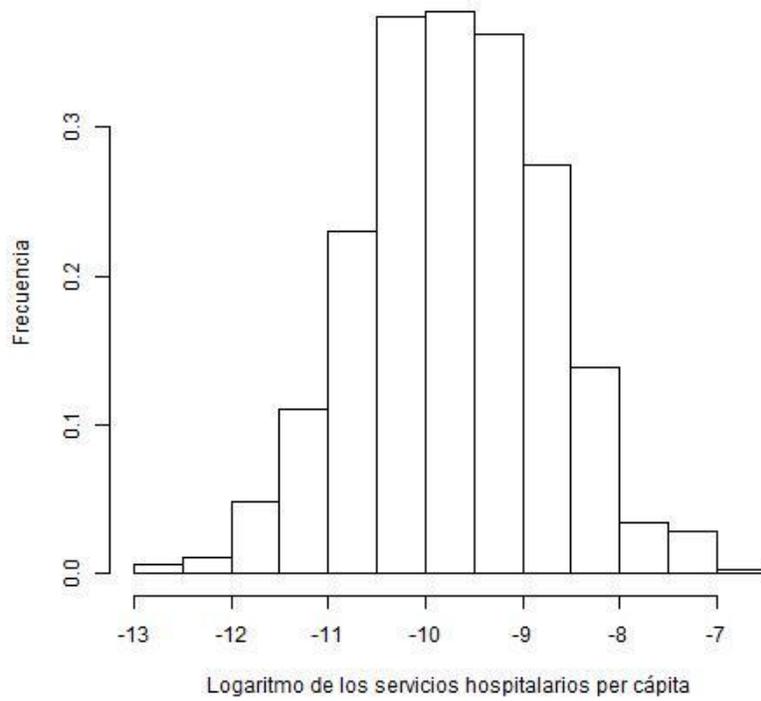
A partir de la información de REPS con corte a Abril 2013, se obtuvieron las siguientes distribuciones de los servicios per cápita en los municipios del país.

Servicios de medicina general por persona



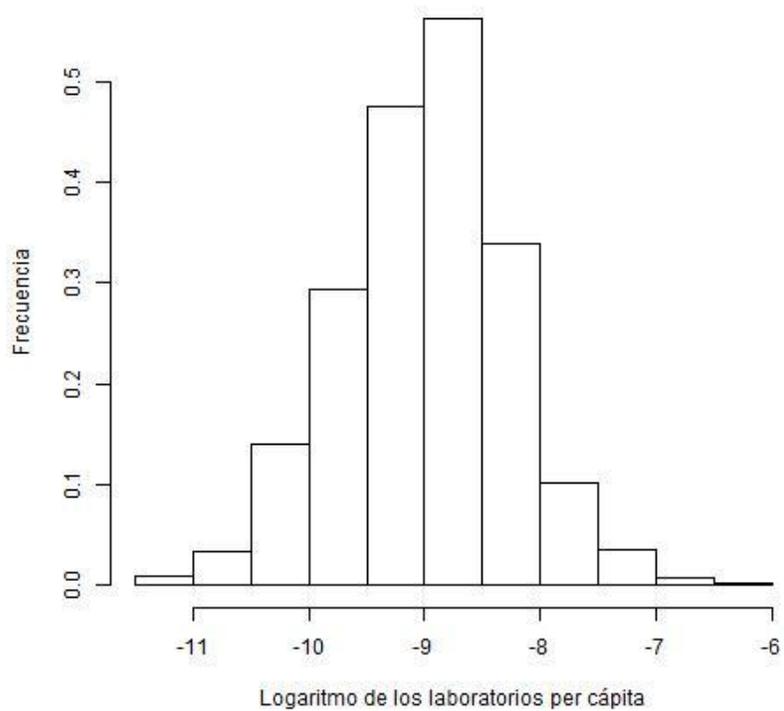
Gráfica 52

Servicios hospitalarios de adultos por persona



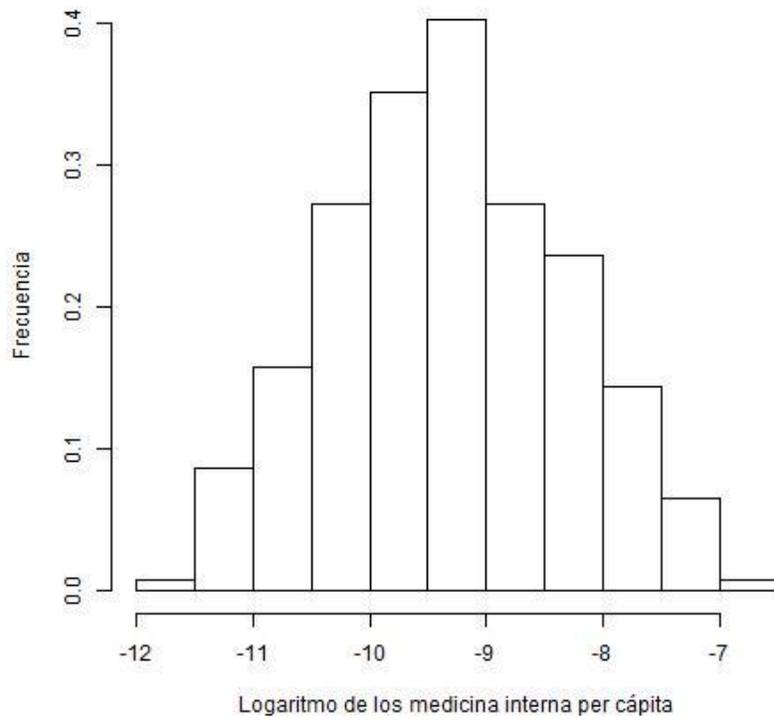
Gráfica 53

Servicios de laboratorio por persona

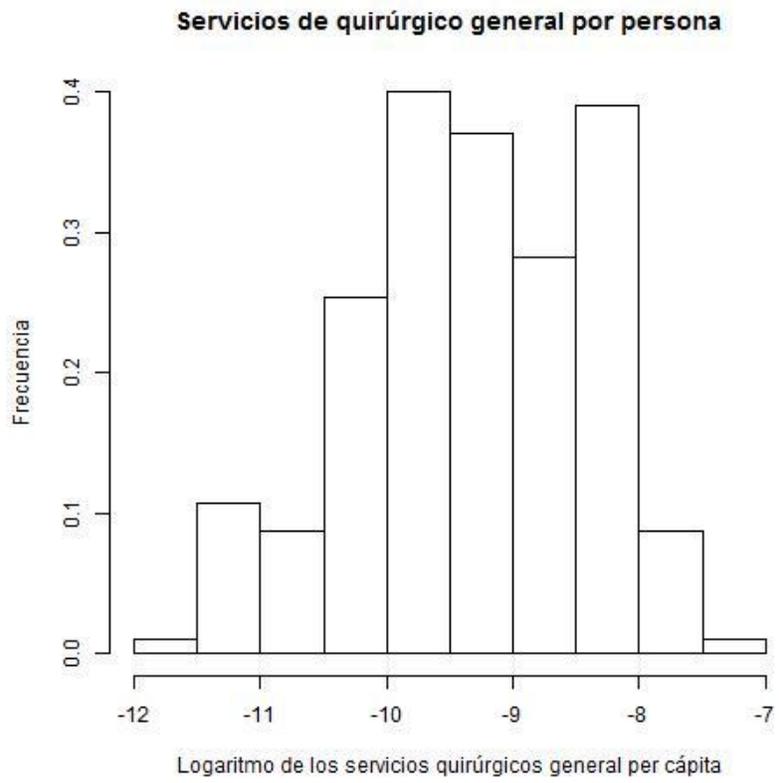


Gráfica 54

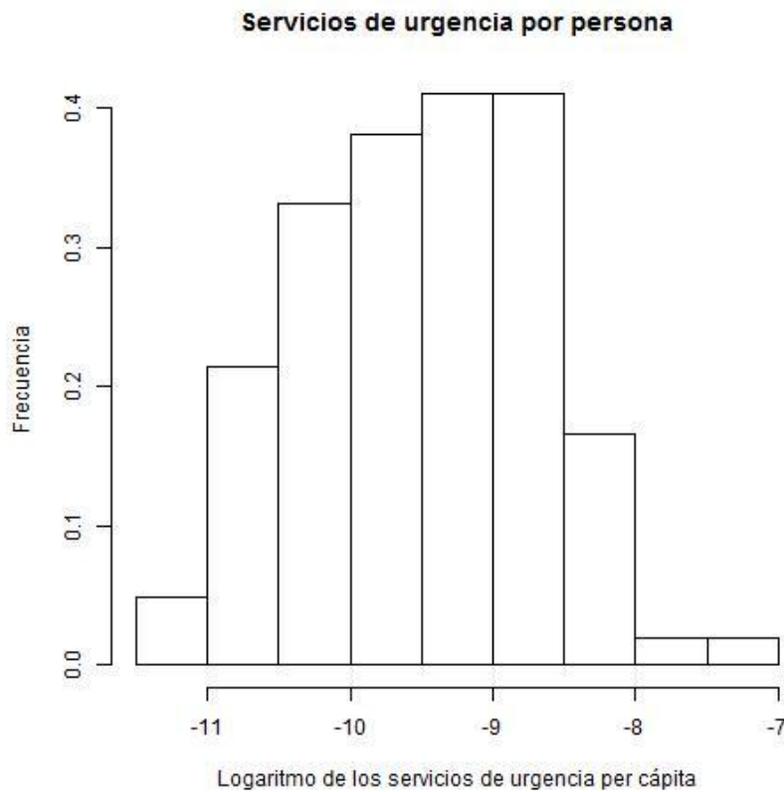
Servicios de medicina interna por persona



Gráfica 55



Gráfica 56



Gráfica 57

Al verlas, es importante tener en cuenta que se usó un logaritmo para poder apreciar mejor la distribución. Es decir, sin el logaritmo es posible decir que estos casos tienden a ser lognormales. En particular, es destacable cómo el país es altamente heterogéneo y cuenta con zonas con un alto número de servicios por habitante, mientras que hay otras regiones con números ínfimos de servicios. Al ubicar esto geográficamente, los resultados evidencian mejor las bajas frecuencias.

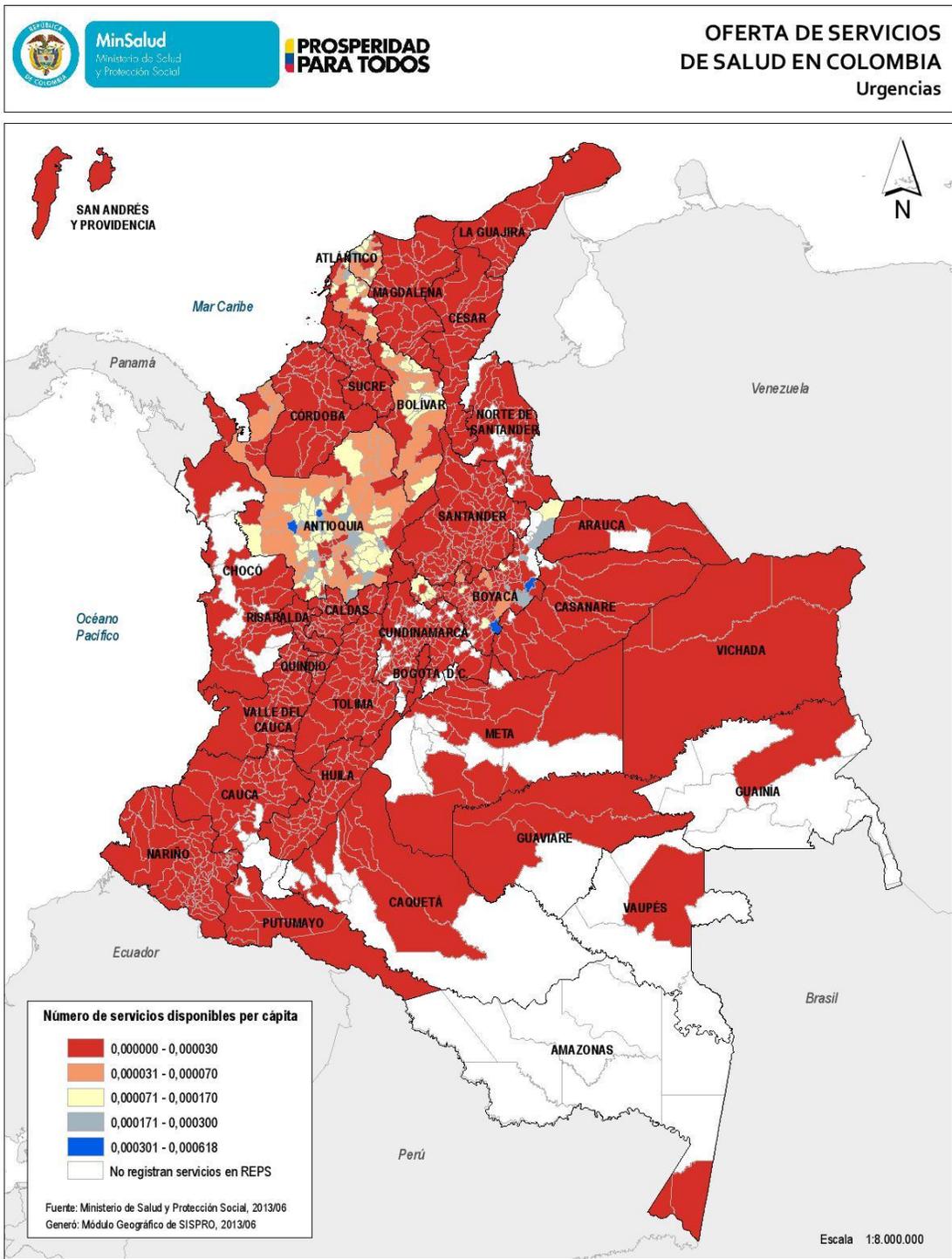


Figura 9

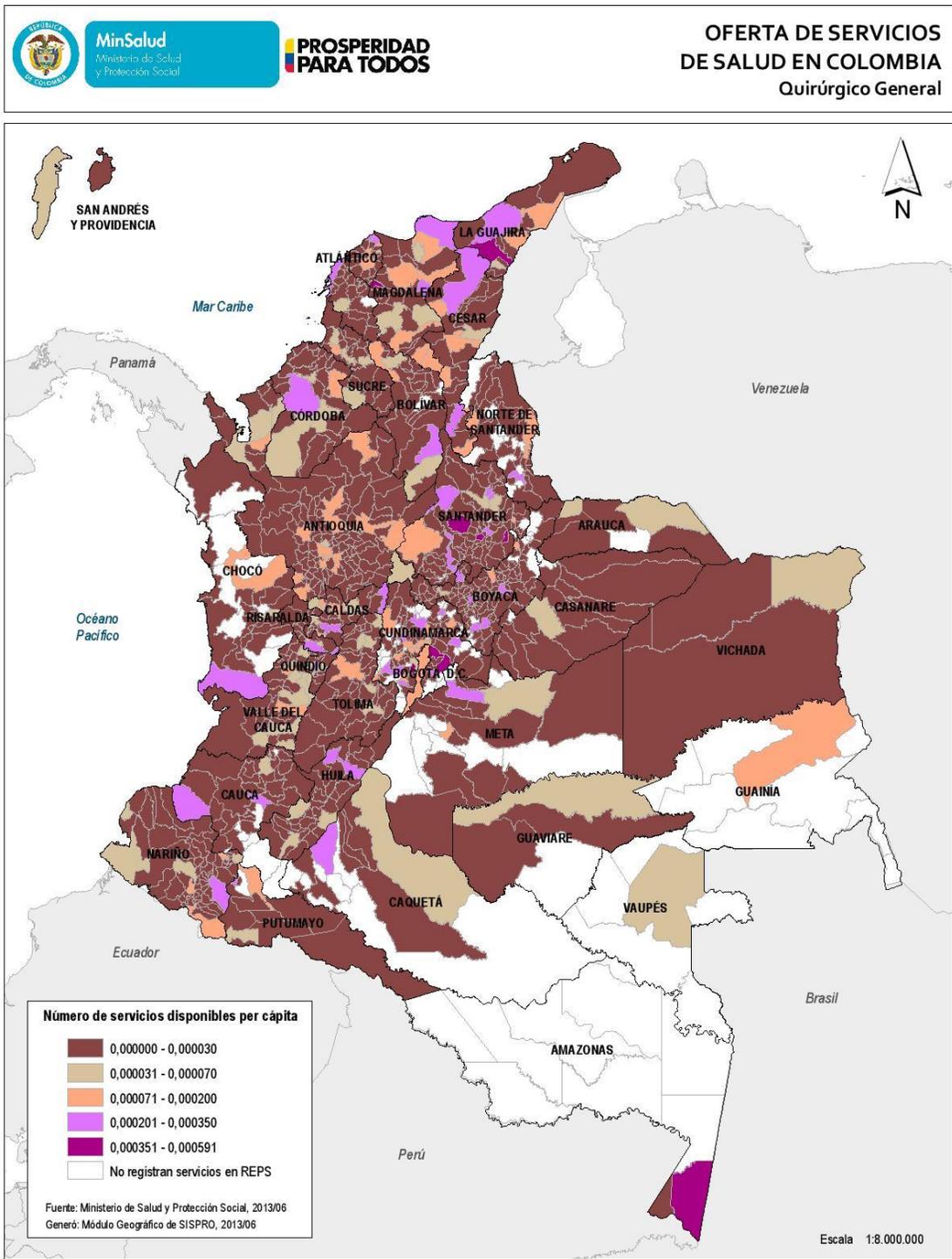


Figura 10

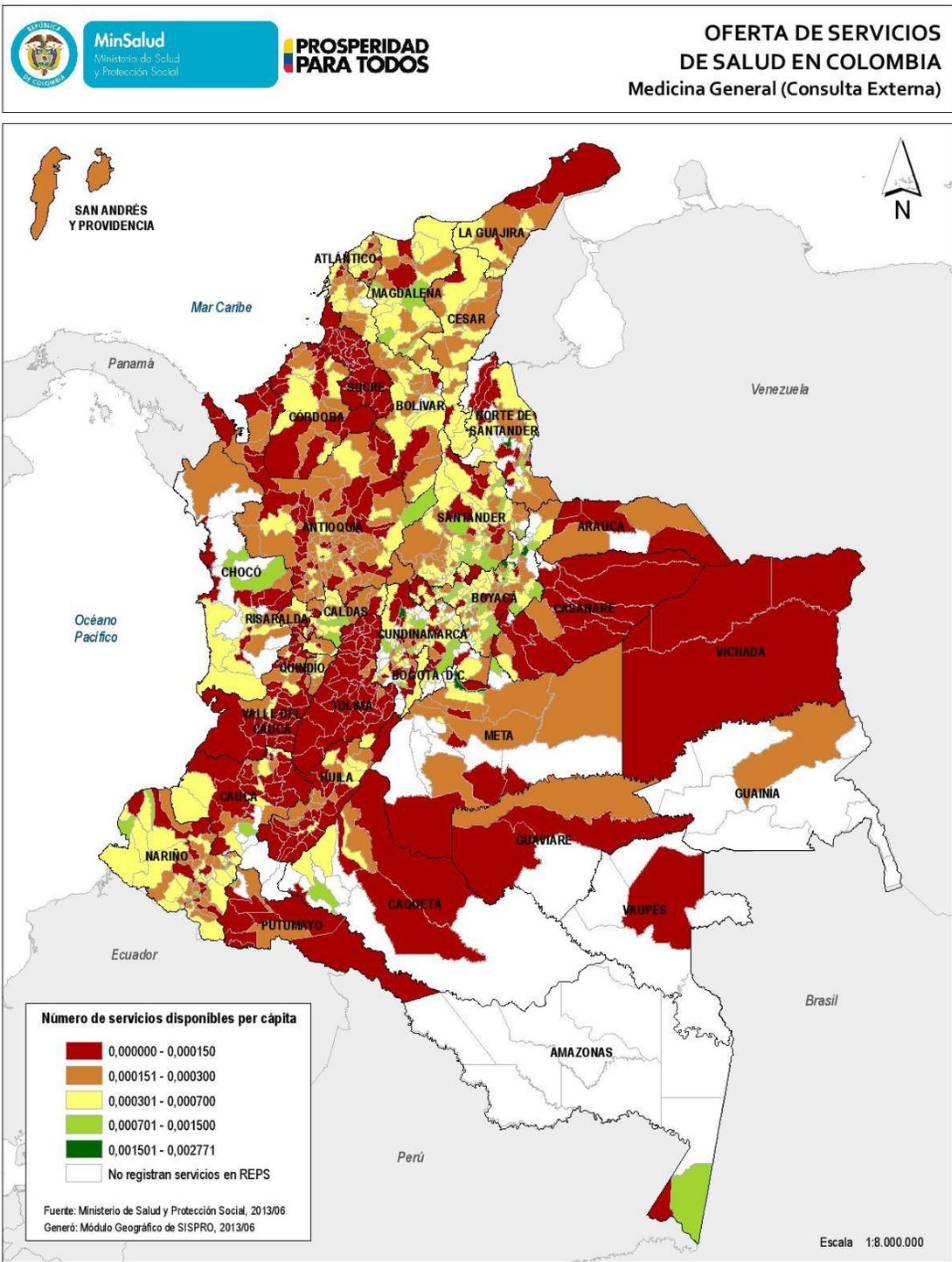


Figura 11

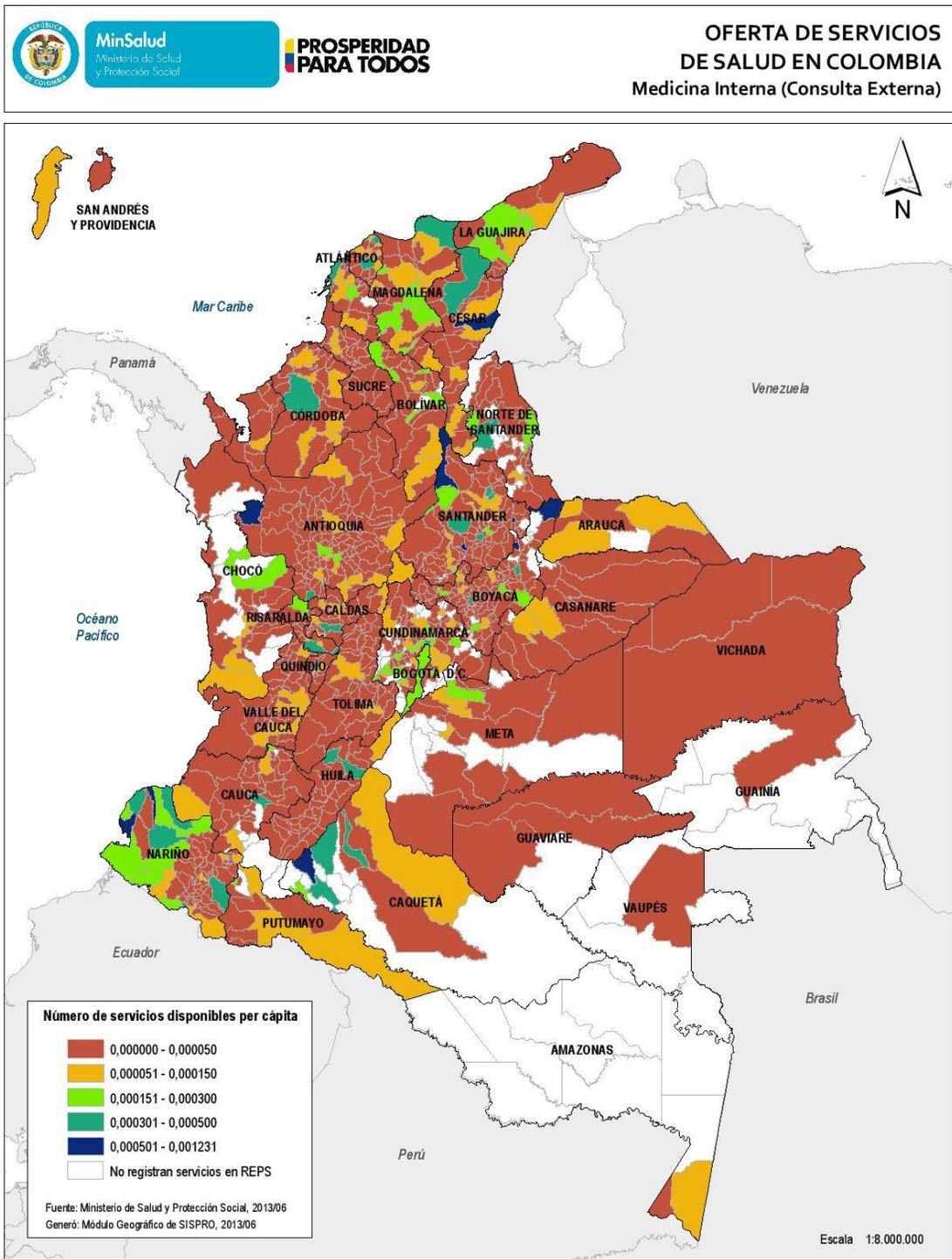


Figura 12

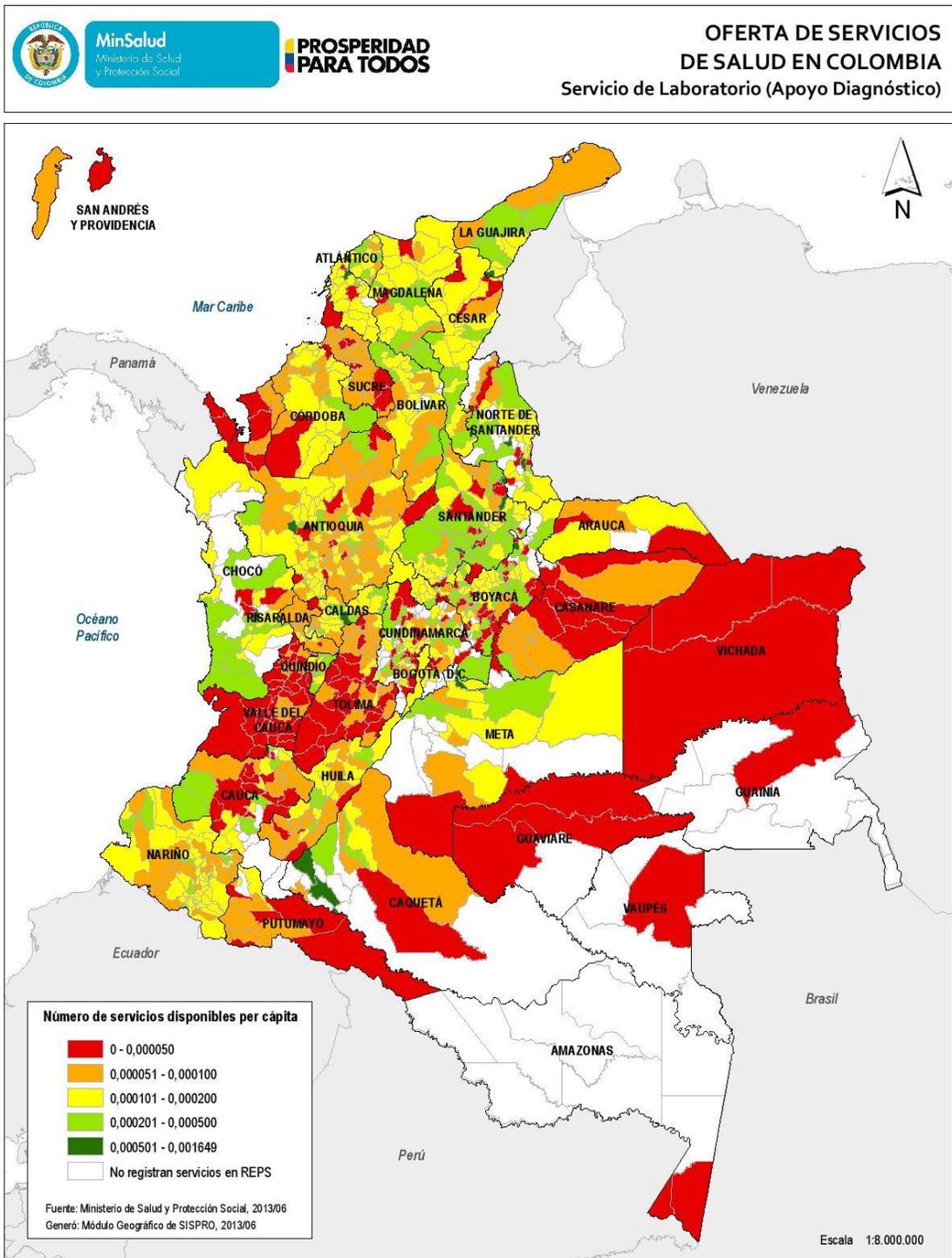


Figura 13

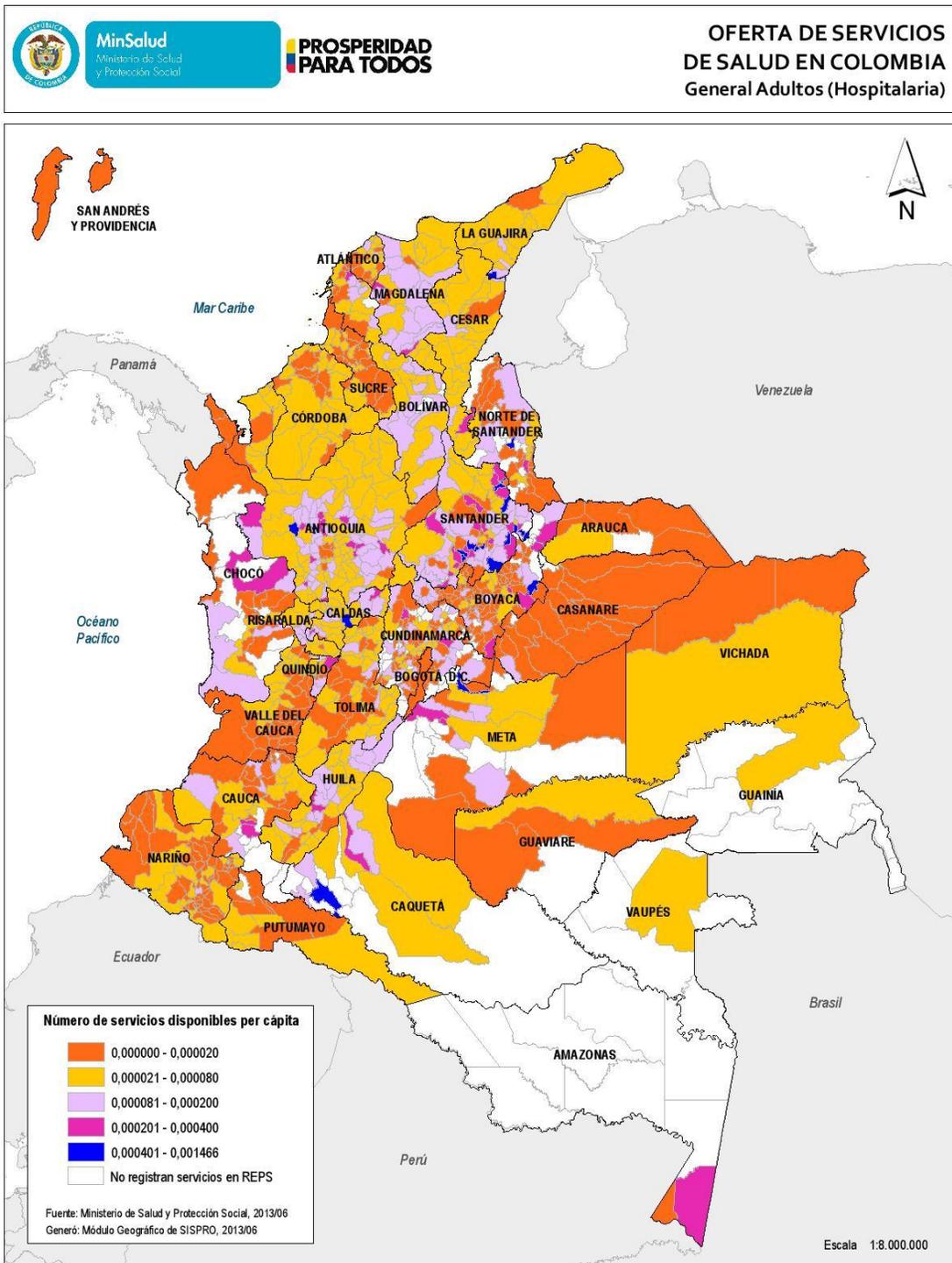


Figura 14

Adicionalmente, al entender la composición de cada grupo se tiene el siguiente resultado.

Servicio	Porcentaje de servicios públicos
LABORATORIO (Apoyo diagnóstico)	28%
MEDICINA INTERNA (Consulta Externa)	10%
MEDICINA GENERAL (Consulta externa)	28%
QUIRURGICO GENERAL	20%
URGENCIAS	61%
GENERAL ADULTOS (Hospitalaria)	62%

Tabla 24

En las tablas anteriores se pueden observar una serie de hechos contundentes. En lo que concierne a monopolios públicos, estos se presentan en aproximadamente dos tercios del país. Es decir, en dos tercios de los municipios de Colombia, solamente los hospitales públicos prestan servicios de partos y de urgencias. No obstante, esto no indica que en estos no haya hospitales privados. De hecho, en promedio en estos lugares el 70% de las IPS son públicas y el 30% privadas. Pero, hay que resaltar que este 30% no aporta en camas ni en salas números proporcionales. Caso contrario en los escenarios donde no hay monopolios. En esto el número de salas y de camas es fuertemente influenciado por los privados.

Por otro lado, es importante notar, que pese a ser monopolios públicos, estos no difieren en sus probabilidades de riesgo con los otros municipios del país. Este resultado es engañoso ya que, a los monopolios regionales la forma de calcular el riesgo les reduce el riesgo por poder de mercado es decir, sin esta bonificación, los monopolios tienen peores indicadores financieros que las demás IPS públicas.

A partir de esto surgen dos hipótesis. En primer lugar, está el hecho que muchos lugares del país no son rentables para poner un hospital, pero por el deber de tenerlo, el Estado ha sostenido IPS. Por otro lado, y al contrastarlo con la proporción de privados que hay en estos lugares, y su bajo aporte en camas y salas, se puede afirmar que adicionándole un mayor peso a estos hospitales está que los privados prestan otros servicios de salud de menor costo (por ejemplo consultas externas) dejando así los pacientes costosos a los hospitales públicos, reduciendo aún más su rentabilidad.

De la mano con lo anterior, otro interrogante está asociado a las preferencias del sector privado. Cómo se puede observar, los servicios de urgencias y hospitalarios, que requieren los más altos costos por parte del hospital, son atendidos por los públicos, mientras que las

consultas externas están fuertemente controladas por hospitales privados. Esto indica que existe una preferencia marcada del sector privado por las actividades en salud que no implican costos tan altos. La anterior conclusión se resalta en los mapas, donde aquellos servicios de alto costo, presentan déficits constantes en todo el país. Esto es válido teniendo en cuenta que el privado depende de su rentabilidad. No obstante, al ver las distribuciones de servicios, donde hay mayor prestación del servicio público coincide con las distribuciones que tienen más acentuados los valores bajos de servicios per cápita. De esta forma y nuevamente, teniendo en cuenta que las EPS no han cumplido su límite de integración, surge la duda si estos servicios altamente costosos son de interés por parte de los aseguradores.

Finalmente, queda la duda abierta de qué hacer con estos déficits. Por una parte, en general hay oferta pública en todos los municipios, aunque la evidencia muestra que puede no dar abasto en todos los casos. Paradójicamente, y según se determine el modelo de salud, puede que haya municipios que no necesiten de ciertos servicios ya que son próximos a otros que sí los tienen.

SÍNTESIS

Este estudio muestra en su parte teórica cómo la integración vertical presenta grandes utilidades cuando la oferta disponible no es suficiente o eficiente. Por otra parte, desde la teoría nuevamente, es posible justificar que la integración vertical, de ser virtuosa, solo lo es en lo que concierne a los niveles de puerta de entrada en salud.

En lo que concierne a los hechos en Colombia existen dos problemas. Por una parte la evidencia no es concluyente, en la integración vertical actual, sobre resultados virtuosos o viciosos para el sistema de salud. No obstante, un hecho cierto es que donde más se requiere, desde la teoría, la integración vertical, las EPS no la han fomentado, bien sea porque se han visto impedidos por razones legales o porque esta no es rentable de ninguna forma.

Por esta serie de razones se plantea la siguiente recomendación.

En primer lugar, no se recomienda la integración en niveles que no sean de puerta de entrada a los pacientes. En segundo lugar si bien se recomienda la integración en los servicios de atención de puerta de entrada al sistema, se sugiere condicionarla de la siguiente forma.

1. El gestor debe ser capaz de mostrar la ausencia o deficiencia de los servicios de salud del lugar.
2. En caso de haber hospitales públicos, se sugiere que el primer paso de integración sea darle la administración al gestor de estos hospitales, condicionándolo a dejar toda la infraestructura y capital fijo una vez deje de prestar servicios, no genere restricciones al acceso de personas, así no sean de sus afiliados (naturalmente el gestor no las paga, pero si las ha de atender) y en los casos de haber rentabilidad, destinar una fracción a desarrollo social del territorio. Eso se recomienda porque, como se observó, la infraestructura existe. Por ende, generar más solo produce gastos a todos los actores de la cadena. También, existe el riesgo de que, ante la quiebra de los hospitales públicos, tras la ida del gestor, el lugar quede desamparado, situación altamente contradictoria en términos sociales. Además, esta integración no afecta los incentivos virtuosos antes expuestos ya que les permite tener mejor información y reducir costos de transacción.

3. En caso de no haber hospitales públicos disponibles, el gestor debe poder montar su propia infraestructura y si bien es propiedad completa de este, ha de exigírsele, por prestar el servicio de salud, que no pueda negar atenciones independientes del estado de afiliación de las personas.

Finalmente, un tema importante mencionar es la integración vertical entre gestores con la industria farmacéutica. Si bien este tema es fundamental, es posible generar conclusiones a partir de la información estudiada hasta el momento.

Con respecto a la información y los costos de transacción, el hecho de tener integración sin prestador con esta industria genera paradojas. Por una parte, las necesidades de medicamentos se derivan de las recomendaciones en la prestación de servicios de salud. Por ende sin tener información respecto al servicio hace inviable mejorar la información respecto a los medicamentos usados. Por otro lado, nuevamente, sin ayuda estar coordinado con el prestador, la integración de medicamentos aumenta los costos de transacción y la calidad para el usuario ya que hay dos etapas del proceso cada cual con sus respectivos costos y sus respectivas diligencias por parte del usuario. Adicionalmente, los hechos empíricos muestran es en los medicamentos donde hay más ruido asociado a la disminución o el alza de precios. La principal ventaja observable es que se puede hacer compras al por mayor, no obstante esto también se podría hacer a través de la red propuesta, sin necesidad de integración vertical. Simplemente, representando la red, el gestor puede ayudar en la negociación de precios más bajos de medicamentos. Esto se considera apropiado. Lo que no parece correcto es que el gestor anteceda al prestador en ofrecer medicamentos ya que, como se dijo, aumenta los costos de transacción, reduce la calidad al usuario y no aporta al sistema. Por eso, salvo por la negociación en bloque de precios de medicamentos, no se recomienda este tipo de integración puesto que no se considera útil y si genera incentivos perversos evidenciados en la realidad colombiana.

8. Conclusiones

A través de las diferentes secciones, este trabajo ha buscado hacer una revisión de los principales temas concernientes a la gestión de la salud. Se reconoce que la bibliografía asociada al tema es numerosa ya que los resultados en salud dependen mucho del contexto de tiempo y espacio donde se desarrollen. Por este motivo, este estudio no pretende ser una revisión exhaustiva de todo el conocimiento que se ha desarrollado respecto al tema. No obstante, a través de un cuidadoso estudio de incentivos y de la literatura más destacada al respecto, se espera haber abarcado con un nivel suficiente de información los temas tratados.

Igualmente, como se evidencia en los diferentes temas, particularmente en la integración vertical, ni la literatura, ni las experiencias internacionales apoyan una única posición. Más aún, durante la revisión se encontró apoyo a posiciones radicalmente opuestas. Esta es la razón por la cual el estudio no se centra en determinar de forma taxonómica, el deber ser del sistema. Por el contrario, su foco es entender los actores, incentivos e intereses asociados a cada postura y ver cuales se adaptan mejor al caso colombiano.

A partir de este método de estudio, este trabajo concluye cómo la gestión de la salud debe hacerse de forma regional y por instituciones independientes al Estado. Estas instituciones han de tener, como primer objetivo, intereses en lograr acceso óptimo a los servicios de salud de la población. Pero, ha de ser un objetivo importante la reducción de costos ya que depende fuertemente de estas la sostenibilidad del sistema. Si bien esta es la estructura básica, la forma en la cual se deben realizar estos procesos es altamente sensible a incentivos perversos para los actores. Por ende, este estudio recomienda, en las secciones

respectivas una forma de desarrollarlo tal que se alineen los incentivos con los intereses del Estado.

9. Bibliografía

Criterios para la integración vertical, NURC 1015-2-0029445 (Superintendencia Nacional de Salud 6 de Noviembre de 2007).

Sentencia C-1014/2007, C-1014/2007 (Corte Constitucional 4 de Diciembre de 2007).

Acerbi, C., & Scandolo, G. (2007). Liquidity Risk Theory and Coherent Measures of Risk. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1048322> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1048322>, 1-22.

Aguilera, N., & Bonilla-Chacín, M. (2012). *The Mexican Social Protection System in Health*. Washington D.C: World Bank.

American Academy of Actuaries. (2009). Critical Issues in Health Reform: Risk Pooling. *American Academy of Actuaries Bulletin*, 1-2.

Andersen, R. (2008). Modern Methods for Robust Regression. *Sage University Paper Series on Quantitative Applications in the Social Sciences*, 7-152.

Axelsson, R., Marchildon, G., & Repullo, J. (2010). Effects of decentralization on managerial dimension of health systems. En R. Saltman , V. Bankauskaite , & K. Vrangbaek , *Decentralization in Health Care* (págs. 141-166). New York: McGrawHill.

Badel, M. (24 de mayo de 1999). *Costos de la Corrupción en Colombia*. Recuperado el mayo de 2013, de Departamento de Planeación Nacional: <https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/.../111.pdf>

Bajari, P., Hong, H., Khwaja, A., & Marsh, C. (2006). *Moral Hazard, Adverse Selection and Health Expenditures: A Semiparametric Analysis*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Barabási, A., & Albert, R. (1999). Emergence of scaling in random networks. *Science*, 509-512.

Barlow, P. (1999). Health Care Is not a Human Right. *British Medical Journal*.

Becerril, V. (2011). *Sistema de salud de Brasil*. Recuperado el 2013, de Scielo: <http://scielo.unam.mx/pdf/spm/v53s2/o8.pdf>

Bertakis, K., & Azari, R. (2011). Patient-Centered Care is Associated with Decreased Health Care Utilization. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 229-239.

Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: France*. CIVITAS.

Bijlsma, M., Meijer, A., & Shestalo, V. (2008). Vertical relationships between health insurers and health care providers. *CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis*, CPB Document No. 167.

- Blanco, L. (2010). *Probabilidad* (2a edición ed.). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Blome, S., Fachinger, K., Franzen, D., Scheuenstuhl, G., & Yermo, J. (2007). *Pension Fund Regulation and Risk Management*. OECD Working Papers on Insurance and Private Pensions.
- Bonis, P. (2005). Qualitative Incentive Payment Systems Promise and Problems. *Journal Clinical Gastroenterology*, 176-182.
- Bonvecchio, A., Becerril, V., Carriedo, A., & Landaeta, M. (2011). *Sistema de salud de Venezuela*. Recuperado el mayo de 2013, de Biblioteca Virtual en Salud México: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%202/22Venezuela.pdf
- Borghans, I., Heijink, R., Kool, T., Lagoe, R., & Westert, G. (2008). Benchmarking and reducing length of stay in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 220-228.
- Bossert, T., & Beauvais, J. (2002). Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy and Planning*, 14-31.
- Boyle, S. (2011). *United Kingdom (England): Health System Review*. Ginebra: WHO Regional Office for Europe.
- Brick, A., Nolan, A., & O'Reilly, J. (2012). Conflicting Financial Incentives in the Irish Health-Care System. *The Economic and Social Review*, 273-301.
- Brosse, J., & Kifmann, M. (2013). *Competition in Health Insurance and Premium Regulation*. CESifo DICE REPORT.
- Brown, R. (1993). *Introduction to Ratemaking and Loss Reserving for Property and Casualty Insurance*. ACTEX.
- Camara de Comercio de Maracaibo. (2011). *Reflexiones sobre el Sistema de Salud Venezolano*. Recuperado el mayo de 2013, de Camara de Comercio de Maracaibo: <http://ccm.org.ve/archivos/documentos/REFLEXIONES%20SOBRE%20EL%20SISTEMA%20DE%20SALUD%20VENEZOLANO.pdf>
- Cane, G. (1974). Linear Estimation of Parameters of the Cauchy Distribution Based on Sample Quantiles. *Journal of the American Statistical Association*, 243-245.
- CARACOL. (15 de 05 de 2008). Descubren sobrecostos en medicamentos que paga el FOSYGA. *Noticiero Caracol*.
- Castaño, R. A. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 35-51.

- CBP Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. (2000). *Yardstick Competititon: Theory, design, and practice*. The Hague: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- Chadick, C., Campbell, W., & Knox-Seith, F. (2009). *Comparison of Incurred but not Reported (IBNR) Methods*. Lewis & Ellis: Actuaries and Consultants.
- Chawick, E. (1842). *Report on Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain*. West Virginia University (Versión Digital).
- Ciliberto, F., & Dranove, D. (2005). The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California. *Journal of Health Economics*.
- Clauset, A., Shalizi, C., & Newman, M. (2009). Power-Law Distributions in Empirical Data. *SIAM Review*, 661-703.
- Cohen, S., & Yu, W. (25 de 03 de 2013). *United States Health Department*. Obtenido de Agency of Health Research and Quality: http://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st354/stat354.shtml
- Couttolenc, B., & Dmytraczenko, T. (2013). *Brazil's Primary Care Strategy*. Washington: World Bank.
- Cuellar, A., & Gertler, P. (2005). Strategic integration of hospitals and physicians. *Jpurnal of Health Economics*.
- Cutler, D., & McClellan, M. (2001). Is Technological Change In Medicine Worth It? *Health Affairs*, 11-29.
- Cutler, D., & Zeckhauser, R. (1999). *The Anatomy of Health Insurance*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Diamond, G., & Kaul, S. (2009). Evidence-Based Financial Incentives for Healthcare Reform: Putting it Together. *Circ Cardiovascular Quality Outcomes*, 134-140.
- Economides, N. (1999). Quality choice and vertical integration. *International Journal of Industrial Organization*, 903-914.
- Editorial. (2006). Is vertical integration anticompetitive? Definitely maybe (but that's not final). *Journal of Health Economics*, 175-180.
- Esguerra, R. (1996). Aún no es hora de reformar la Ley 100. *Colombia Médica*.
- Evans, T. (2002). A Human Right to Health? *Third World Quarterly*, 197-215.
- Fetter, R., & Freeman, J. (1986). Diagnosis related groups: product linemanagement within hospitals. *Academy of Management Review*, 41-54.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (02 de 04 de 2013). *Cuenta de Alto Costo*. Obtenido de <http://www.cuentadealtocosto.org/>
- Fondo de Solidaridad y Garantía. (2012). *Manual Operativo de Administración del Portafolio de Inversiones del FOSYGA v.13*. Bogotá: FOSYGA.

- Fritz, V., Kaiser, K., & Levy, B. (2009). *Problem-Driven Governance and Political Economy Analysis*. World Bank.
- García, M., & Chicaiza, L. (2010). Salud, Estado y mercado: el sistema colombiano actual visto desde la economía. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 439-442.
- Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (enero de 2006). *Banco de la República*. Recuperado el mayo de 2013, de EVALUATING THE IMPACT OF HEALTH CARE REFORM IN COLOMBIA: FROM THEORY TO PRACTICE: www.banrep.gov.co/documentos/conferencias/medellin/2006/d2006-06.pdf
- Gaynor, M., & Haas-Wilson, D. (1999). Change consolidation and competition in health care markets. *Journal of Economic Perspectives*, 141-164.
- Gaynor, M., & Town, R. (2011). *Competition in Health Care Markets*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Gelijns, A., & Rosenberg, N. (1994). The dynamics of technological change in medicine. *Health Affairs*, 28-46.
- Gideon, Ú., González, L., & Acosta, O. (2001). *Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: El caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia*. Recuperado el MAYO de 2013, de Centro de Documentación e Información MECON: <http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/bid/R426.pdf>
- Giedion, U., & Villar, M. (2009). Colombia's Universal Health Insurance System. *Health Affairs*.
- Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A. (2010). *Los sistemas de Salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado*. Recuperado el mayo de 2013, de MAPFRE: <http://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>
- Glazer, J., & McGuire, T. (2000). Optimal Risk Adjustment in Markets with Adverse Selection: An Application to Managed Care. *The American Economic Review*, 1055-1071.
- Gomes, R., & Sweeney, K. (2009). Bayes-nash equilibria of the generalized second price auction. *Proceedings of the tenth ACM conference on Electronic commerce*, 107-108.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenck, J. (2011). The health system of Mexico. *SciELO*.
- Gorbaneff, Y., & Merlano, C. (2011). ¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia? *Gerencia Política en Salud*, 170-180.
- Gorbaneff, Y., Torres, S., & Contreras, N. (2008). Fuentes de poder de las aseguradoras frente a las prestadoras hospitalarias en el sistema de salud colombiano. El caso de la concentración industrial. *Gerencia Política en Salud*, 177-186.

- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2010). *Econometría* (5ta Edición ed.). México DF: Mc Graw Hill.
- Harris, K. (2010). An Integrative Approach to Health. *Demography*, 1-22.
- Hax, A., & Wilde, D. (2001). The Delta Model - Discovering New Sources of Profitability in a Networked Economy. *European Management Journal*, 379-391.
- Homedes, N., & Ugalde, A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 210-220.
- HOUSE COMMITTEE ON SMALL BUSINESS. (2012). *New medical loss ratios: increasing health care value or just eliminating jobs?* Washington: U.S Government printing office.
- Huertas, J., Navarro, H., & Zarruk, A. (2010). *Estimación Unidad de Pago por Capitación 2010 para el régimen contributivo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Jack, W. (2002). Public Intervention in Health Insurance Markets: Theory and Four Examples from Latin America. *World Bank Research Observer*, 67-88.
- Jongudomsuk, P., & et al. (2010). *Thailand HEalth FInancing Review*. WHO South East Asia.
- Kaas, R., Goovaerts, M., Dhaene, J., & Denuit, M. (2001). *Modern Actuarial Risk Theory*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Kingma, M. (1993). *Can Financial Incentives Influence Medical Practice?* Ginebra: World Health Organization.
- Kinnunen, J., Danisevski, K., Deber, R., & Tulchinsky, T. (2010). Effects of decentralization on clinical dimension of health systems. En R. Saltman , V. Bankauskaite , & K. Vrangbaek , *Decentralization in Health Care* (págs. 167-188). New York: McGrawHill.
- Klein, B., Crawford, R., & Alchian, A. (1978). Vertical Integration, Appropriable Rents, and the Competitive Contracting Process. *Journal of Law and Economics*, 297-326.
- Koivusalo, M., Wyss, K., & Santana, P. (2010). Effects of decentralization on equity dimension of health systems. En R. Saltman , V. Bankauskaite , & K. Vrangbaek , *Decentralization in Health Care* (págs. 189-205). New York: McGrawHill.
- Kossarova, L. (2008). When will it happen? Paying the way for risk adjustment in Slovakia. *Eurohealth*, 27-29.
- Li, C.-S., Liu, C.-C., & Yeh, J.-H. (2007). The Incentive Effects of Increasing Per-Claim Deductible Contracts in Automobile Insurance. *The Journal of Risk and Insurance*, 441-459.
- Loertscher, S. (2008). Vertical mergers that eliminate double markups are procompetitive. *Economics Bulletin*, 1-6.

- Lord Dawson On The Consultative Council's Report. (1920). *Future Provision Of Medical Services*. London: The British Medical Journal.
- Magnussen, J., Tediosi, F., & Mihalyi, P. (2007). Effects of decentralization and recentralization on economic dimensions of health systems. En R. Saltman, V. Bankauskaite, & K. Vrangbaek, *Decentralization in Health Care* (págs. 105-119). New York: McGrawHill.
- Maino, F., Blomqvist, P., & Bertianato, L. (2010). Efectos of decentralization and recentralization on political dimension of health systems. En R. Saltman , V. Bankauskaite , & K. Vrangbaek , *Decentralization in Health Care* (págs. 120-140). New York: McGrawHill.
- Meijer, C., Koopmanschap, M., & Van Doorslaer, E. (2013). Health expenditure growth: Looking beyond the average through decomposition of the full distribution. *Journal of Health Economics*, 88-109.
- Mentzer, J. (2001). Defining supply chain management. *Journall of Business Logistics*, 1-25.
- Ministerio de Salud. (1994). *La reforma a la seguridad social en salud. Tomo 1: Antecedentes y resultados*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y de la Protección Social. (06 de 04 de 2013). POS. Obtenido de Plan Obligatorio de Salud: www.pos.gov.co
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2013*. Bogota: Ministerio de Salud y de la Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministry of Health, Welfare, and Sports. (2008). *Risk adjustment under the Health insurance Act in the Netherlands*. Netherlands: Ape.
- Moller, K. (2002). *Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform*. Oslo: Health Economics Research Programme.
- Montenegro, F. (2013). *Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges within the framework of the social health insurance*. Washington D.C: World Bank.
- Morales, L. G. (1997). *EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMADE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA*. Recuperado el MAYO de 2013, de CEPAL: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/4239/lcl1037e.pdf>
- Mullahy, J. (1998). Much ado about two: reconsidering transformation and the two-part model in health econometrics. *Journal of Health Economics*, 247-281.

- Nuñez, J., Castañeda, C., Foseca, S., & Ramirez, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retes de cara al futuro*. Bogota: Fedesarrollo.
- Nuñez, J., Zapata, J., Castañeda, C., Fonseca, S., & Jaime, R. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano*. Recuperado el MAYO de 2013, de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-2012-Completo.pdf>
- Nyberg, A., Smithey, I., Gerhart, B., & Carpenter, M. (2010). Agency Theory Revisited: CEO Returns and Shareholder Interest Alignment. *Academy of Management Journal*.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humano*. Ginebra.
- Organización de las Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. (octubre de 2002). *New Paho*. Recuperado el mayo de 2013, de CIEN AÑOS DE HISTORIA (1902-2002): http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fnew.paho.org%2Fcol%2Findex.php%3Fgid%3D61%26option%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download&ei=SGOjUdikPOXeoQHD-YHoCg&usg=AFQjCNEyZ2XroXO3zH_vz8fAiWadzDXFNw&sig2=Il
- Pabon, H. (1985). *Evaluación de los servicios de salud*. Cali: Universidad del Valle.
- Paez, G. N., & Jaramillo, L. F. (2013). *Estudio sobre la geografía sanitaria en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Paolucci, F., & Stoelwinder, J. (2011). *Risk-equalisation in health insurance markets: Models and international experience*. Melbourne: ACHR.
- Pauly, G. (1987). Monopsony Power in Health Insurance: Thinking Straight while Standing on your Head. *Journal of Health Economics*, 73-81.
- PHRplus. (2002). *Decentralization and Health System Reform*. Bethesda: Partners for Health Reformplus Resource Center.
- Porter, M. (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 2477-2481.
- Regmi, K. (2010). Understanding the effect of decentralisation on health services: The Nepalese experience. *Journal of Health Organization and Management*, 361-382.
- Restrepo, J., Lopera, F., & Rodriguez, S. (2007). La integración vertical en el sistema de salud colombiano. *Economía Institucional*, 279-308.
- Riascos, A. (2012). *Mecanismos de compensación complementarios al ajuste de riesgo prospectivo en el SGSS en Colombia y la cuenta de alto costo*. Bogotá: Quantil.

- Rice, N., & Smith, P. (1999). *Approaches to Capitation and Risk Adjustment in Health Care: An International Survey*. New York: Center of Health Economics University of New York.
- Robinson, J. (1997). Use and abuse of the medical loss ratio to measure health plan performance. *Health Affairs*, 176-187.
- Rosen, G. (1958). *History of Public Health*. New York: MD Publications.
- Ruiz, F., & Amaya, J. (2011). Determining factors of catastrophic health spending in Bogotá, Colombia. *International Journal of Health Care Finance & Economics*.
- Ruiz, F., & Uprimny, M. (2012). *Sistema de salud y aseguramiento social: entre la reforma estructural y el ajuste regulatorio*. Bogotá: ECOE Ediciones.
- Ruiz, F., Zapata, T., & Garavito, L. (2012). The Colombian Health Care System: Results in Equity and Progressiveness 2003-2008. *Submitted to the Pan American Journal of Public Health*.
- Salinger, M. (1988). Vertical mergers and market foreclosure. *Quarterly Journal of Economics*, 345-356.
- Saltman, R., & Vrangbaek, K. (2010). Drawing lessons for policy-making. En R. Saltman, V. Bankauskaite, & K. Vrangbaek, *Decentralization in Health Care* (págs. 77-86). New York: McGrawHill.
- Santamaria, M., Garcia, F., & Vásquez, T. (2009). El sector salud en Colombia: Riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y social*, 23-62.
- Sekhri, N. (2000). Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization*, 830-844.
- Shleifer, A. (1985). A theory of yardstick competition. *Rand Journal of Economics*, 319-327.
- Spengler, J. (1950). Vertical Integration and Antitrust Policy. *Journal of Political Economy*, 347-352.
- Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contributions of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 457-502.
- Stiglitz, J. (1983). *Risk, Incentives and Insurance: The Pure Theory of Moral Hazard*. Association internationale pour l'étude de l'économie de l'assurance.
- Stoltzfus, T. (02 de 06 de 2013). *Washington and Lee University*. Obtenido de Law School: <http://law.wlu.edu/deptimages/Faculty/Jost%20Risk%20Selection%20by%20Private%20Health%20Insurers.pdf>
- Susser, M. (1993). Public Health Then and Now. *American Journal of Public Health*, 418-423.
- Swartz, K. (2002). Perspective: Government As Reinsurer For Very-High-Cost Persons In Nongroup Health Insurance Markets. *Health Affairs*, 380-382.

- Tarantola, D. (2008). A Perspective on the History of Health and Human Rights: From the Cold War to the Gold War. *Journal of Public Health Policy*, 42-53.
- van de Ven, W., & Ellis, R. (1999). Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets. En A. Culyer, & J. Newhouse, *Handbook of Health Economics*. North Holland: Elsevier.
- van de Ven, W., Beck, K., Buchner, F., Chernichovsky, D., Gardiol, L., Holly, A., y otros. (2003). Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. *Health Policy*, 75-98.
- van Herck, P., Annemans, L., de Smedt, D., Remmen, R., & Sermeus, W. (2011). Pay-for-performance step-by-step: Introduction to the MIMIQ model. *Health Policy*, 8-17.
- Vasquez, J., & Gómez, K. (2006). El problema de selección adversa en el seguro de salud colombiano: Un estudio de caso para el régimen contributivo. *Gerencia y Política de Salud*, 72-93.
- WHO. (1990). *Health System Decentralization: Concepts, issues, and country experience*. Ginebra: World Health Organization.
- Williamson, O. (1993). The Economic Analysis of Institutions and Organisations- in General and with Respect to Country Studies. *OECD Economics Department Working Papers*, 1-73.
- Winkelmann, R. (2006). Reforming health care: Evidence from quantile regression for counts. *Journal of Health Economics*, 131-145.
- World Bank. (1993). *World Development Report 1993: Investing in Health*. New York: Oxford University Press.
- World Bank. (2004). *Making Services Work for Poor People*. Washington D.C: Oxford Press.
- World Health Organization. (2005). *Regulation Private health insurance to Serve the Public Interest*. Ginebra: World Health Organization.
- Yan, J. (2010). Loss Cost Modeling vs. Frequency and Severity Modeling. *2010 CAS Ratemaking and Product Management Seminar*. New Orleans: Deloitte Consulting LLP.
- Yi, R., & Laurent, D. (2010). *What Kind of Adjustment Systems Are Necessary for Health Insurance Exchanges?* Milliman.
- Zhang, J. (2010). A highly efficient L-estimator for the location parameter of the Cauchy distribution. *Computational Statistics*, 97-105.

10. Anexo 1: rentabilidad de las actividades de promoción y prevención.

Sea π la ganancia esperada del asegurador, sea $x \in [0, +ga]$ la inversión en promoción y prevención y sea $p(x) \in [0,1)$ la probabilidad de una persona de estar enferma, la cual depende negativamente de x . Más aún, suponga que $p(x)$ es una función continua, convexa y decreciente (es decir, a mayor gasto en promoción y prevención la probabilidad de enfermarse se reduce, pero cada peso más aportado tiene un efecto menor) y:

$$p(0) = k > 0 \quad (1)$$

$$\lim_{x \rightarrow 0} p'(x) < -1 \quad (2)$$

$$\lim_{x \rightarrow \infty} p(x) > 0 \quad (3)$$

Donde (1) implica que si no se aporta nada a la prevención la persona se enferma con una probabilidad k , (2) implica que al principio, invertir en promoción y prevención reduce la probabilidad de enfermarse en una tasa mayor al dinero gastado, y (3) implica que por más que se gaste en salud, siempre habrá riesgo de enfermarse.

Suponga que la probabilidad de enfermarse es c y el Estado responde a ser un agente averso al riesgo¹⁶ con una función de utilidad $v()$, la cual ha de ser cóncava y continúa. Se tiene por la desigualdad de Jensen que:

$$\exists r \geq r \mid v(-kc) + v((1-k)0) = v(-kc - r) \quad (4)$$

Por ende un asegurador puede cobrar de prima el equivalente a $p(x)c + r$, donde su ganancia esperada será:

$$\pi = r + kc - kc = r \quad (5)$$

Sin embargo, suponga que el asegurador invierte en la salud.

$$\pi = r + kc - p(x)c - x \quad (6)$$

Optimizando esta función, se tiene que

$$\frac{d\pi}{dx} = -p'(x)c - 1 \quad (7)$$

Donde se deriva que

$$\exists x \geq x \mid -p'(x)c - 1 = 0 \quad (8)$$

Además, por $p(x)$ ser convexa,

$$-p''(x)c > 0 \quad (9)$$

De esta forma existe un máximo en el cual al asegurador le es rentable hacer promoción y prevención.

11. Anexo 2: rentabilidad del aseguramiento de eventos de bajo costo y alta frecuencia.

Se tiene una función de utilidad del gobierno $v()$ que es decreciente en el gasto (o creciente en el ingreso), continua, y su derivada es decreciente (es decir, por cada peso que gaste de más, la utilidad del Estado se deteriora más que proporcionalmente). Esto es razonable ya que a mayores gastos en salud el Estado debe reformular su presupuesto, a un costo político y social impredecible. Adicionalmente, suponga N personas, y cada una se puede

¹⁶ Esto es posible ya que tener población enferma no solo implica destinación de recursos sino, problemas de imagen y de cumplimiento a los deberes en salud

enfermar con una probabilidad p y un costo asociado de c . Por otro lado, sea π la ganancia esperada del asegurador, pero esta vez inclúyase a que representa el costo para el asegurador cuando se genera una atención (en la realidad este costo puede verse reflejado desde el salario de quien autoriza los servicios, hasta el del auditor que comprueba que se hayan prestado).

Finalmente, se supone que $v'(x)$ es convexa. Es decir que el deterioro de la utilidad del Estado es mayor a medida que aumenta el gasto. Este supuesto es creíble ya que pequeños gastos reducen la utilidad, pero son tolerables, mientras que grandes gastos llevan al Estado a situaciones de crisis. Además, para estandarizar, $v(0) = 0$, es decir, sin gasto ni ingreso no hay desutilidad ni utilidad.

De esta forma, se tiene por la desigualdad de Jensen que:

$$\exists r \geq r | \sum_{i=0}^N \binom{N}{i} p^i (1-p)^{N-i} v(-ic) = v(-Npc - r) \quad (10)$$

Pero, también se tiene que

$$\pi = r + Npc - Npc - Npa = r - Npa \quad (11)$$

Por otro lado, resolviendo para r en la ecuación (3), se sabe que

$$v(-Npc) - \sum_{i=0}^N \binom{N}{i} p^i (1-p)^{N-i} v(-ic) \propto r \quad (12)$$

De esta forma, se deriva el lado izquierdo en c y se obtiene que

$$\sum_{i=0}^N \binom{N}{i} p^i (1-p)^{N-i} i v'(-ic) - Np v'(-Npc) \quad (13)$$

Por otro lado, se sabe que $cov(i, v'(-ic)) = E(iv'(-ic)) - E(i)E(v'(-ic)) > 0$

Pero, por la construcción $v'(-xc) > 0$ entonces,

$$E(iv'(-ic)) > E(i)E(v'(-ic)) = NpE(v'(-ic)) \quad (14)$$

Pero, por la desigualdad de Jensen,

$$E(v'(-ic)) > v'(E(-ic)) = v'(-Npc) \quad (15)$$

De esta forma, reemplazando (15) en (14) y eso en (13) se concluye que

$$\sum_{i=0}^N \binom{N}{i} p^i (1-p)^{N-i} v'(-ic) - Npv'(-Npc) > 0 \quad (16)$$

Es decir, r aumenta cuando c aumenta. Por otro lado, se sabe que si $c = 0$ entonces $r = 0$. Por lo anterior, y teniendo en cuenta que por la construcción la función f que asocia a c con r es continua, se deduce que,

$$\exists s > 0 \mid \forall c < s, \quad \pi = r - Npa < 0 \quad (17)$$

Donde s aumenta con p .

En síntesis, de este modelo se concluye que las atenciones de bajo costo y alta frecuencia dejan de ser rentables, si el Estado es averso al riesgo (como se puede extender fácilmente, las conclusiones del modelo se intensifican reduciendo el grado de aversión). Al aplicar el modelo anterior a la realidad del asegurador en salud, esto implica que para que el negocio sea viable, el Estado debe pagar una prima más alta de lo normal con miras a que se motiven aseguradores.

12. Anexo 3: (No) generación de gastos extras para el régimen de cubrimiento de superávits y déficits de las gestoras de salud.

Asuma que el gasto se distribuye con probabilidad $F(x \sim F(x))$, donde $E(x) = \mu$ que es el gasto esperado o la prima pura. Ahora bien, suponga que tiene N actores en el sistema y cada uno tiene una probabilidad p de cumplir los estándares pactados representado con una variable $y \in \{0,1\}$. Finalmente suponga que las EPS son independientes e idénticamente distribuidas (Es decir, a priori no hay razón para diferenciarlas).

De esta forma, los ingresos del Estado son (se pone mayor porque son iguales cuando se incluye lo que se quita por la multa a las reservas):

$$\pi > \sum_{x_i \leq \mu} \mu - x_i - \sum_{x_i > \mu} y_i(x_i - \mu) = \sum_{x_i \leq \mu} \mu - x_i + \sum_{x_i > \mu} (1 - y_i)(x_i - \mu) \quad (18)$$

Al sacar el valor esperado, se tiene que

$$E(\pi) > \sum_{x_i > \mu} E((1 - y_i)x_i) - \mu > \sum_{x_i > \mu} \mu - \mu = 0 \quad (19)$$

De esta forma esta compensación no genera gastos adicionales bajo el supuesto de una prima de riesgo bien calculada. Este ejemplo es un posible pago por desempeño, sin embargo no es el único.

13. Anexo 4: Modelos SARIMA

La metodología SARIMA busca explicar y predecir el comportamiento futuro de variables¹⁷ a partir de las observaciones temporales ya realizadas y conocidas de la serie, siempre que su comportamiento sea estocástico¹⁸ y estacionario. La estacionariedad de una serie se define como:

- Media (constante): $E(Y_t) = \mu$
- Varianza (constante): $\text{Var}(Y_t) = E(Y_t - \mu)^2 = \sigma^2$
- Covarianza (Dependiente solo del rezago entre periodos) :

$$\gamma_k = E[(Y_t - \mu)(Y_{t+k} - \mu)]$$

La metodología que se plantea a continuación fue desarrollada por George Box y Gwilym Jenkins en 1970 y describe los pasos que debe seguirse con la serie de tiempo para lograr pronóstico. La descripción se toma de la contenida en Gujarati & Porter (2010):

1. *Identificación:* Se necesitan hallar los valores s , p , d y q , es decir el grado de la parte autorregresiva del modelo, las diferencias y el grado de la media móvil respectivamente. Esto se obtiene con un correlograma y un correlograma parcial. La integración de la serie se realiza para lograr su estacionariedad, d corresponde al grado de las diferencias que es necesario aplicarle a la serie para obtener esta propiedad y s al periodo transcurrido hasta repetir un patrón de comportamiento.
2. *Estimación:* Se deben estimar los parámetros de los valores autorregresivos y de media móvil del modelo. Este proceso se desarrolla fácilmente a través de paquetes estadísticos como Stata o Eviews.
3. *Examen de diagnóstico:* Se debe ver si el modelo se ajusta de manera correcta a los datos para lo cual se evalúa si los residuales estimados son ruido blanco. Si el modelo

¹⁷ A mayor cantidad de datos el valor esperado convergerá a la media.

¹⁸ Un proceso estocástico o aleatorio de acuerdo con (Gujarati & Porter, 2010) "es una colección de variables aleatorias ordenadas en tiempo".

estimado se ajusta se puede proceder al siguiente paso, de lo contrario se debe regresar al punto 1.

4. *Pronóstico*: A partir del modelo estimado se hace la estimación de los valores futuros de la variable.

14. Anexo 5: (No) pauperización de los hospitales en un contexto de integración vertical

Sea a la empresa de seguros que va a contratar con el hospital h servicios de salud para una población p . Suponga que h es un hospital eficiente que tiene todos sus procesos al mínimo costo posible. Se supone, por motivos de exposición, que el valor esperado del número de personas que va al hospital es μ y cada atención tiene un costo variable para el hospital (lo que se gastó en el médico, en la medicina, etc.) de c . Ahora bien, motivado por los costos fijos y la utilidad esperada por los dueños del hospital, al costo de c se le aumenta por una tasa de ganancia r que se descompone en r_1 (costo de oportunidad¹⁹) y r_2 (ganancia extra de los accionistas), de tal manera, siendo pr el precio ofrecido a a , se tiene que:

$$pr = c(1 + r) \quad (21)$$

De donde se deriva que a estaría esperando pagar

$$\mu \times pr = \mu \times c(1 + r) \quad (22)$$

Ahora suponga que a puede integrarse verticalmente con otro hospital de la zona (o crear su propio hospital) y asegurar un costo de producción $c_1 = c$ y un costo de oportunidad $r_1^1 = r_1$. No obstante, hacer el hospital (o el proceso de integración) tiene un costo f . Sea b la tasa libre de riesgo del mercado y suponga que ni la población ni los costos cambian en el tiempo y a considera ésta como una inversión a perpetuidad y con periodos de tiempo discretos. En este caso, al valorar la decisión de integrarse se tiene que:

¹⁹ En este caso, el costo de oportunidad se refiere a la tasa de ganancia mínima para que sea atractivo invertir en el proyecto. Es decir, una tasa que incluya todos los costos fijos asociados a la capacidad instalada y a la ganancia que se obtendría invirtiendo el dinero en otro proyecto que no fuera el hospital.

$$\text{Valor Presente Neto} = \frac{\mu \times c(1+r) - \mu \times c_1(1+r_1^1)}{1+b} - f = \mu \times c \frac{r_2}{1+b} - f \quad (23)$$

Donde se concluye que el proyecto es rentable si y solo si

$$\frac{r_2}{1+b} \geq \frac{f}{\mu \times c} \quad (24)$$

De este modelo es posible obtener dos conclusiones. En primer lugar, si el hospital trabaja bajo un régimen de competencia perfecta (i.e $r_2 = 0$) a la aseguradora no le será rentable integrarse verticalmente. De esta forma la integración vertical no genera una pauperización mayor a la de competencia perfecta. Más aún, considerando los costos de f y los casos donde haya un bajo volumen de gasto ($\mu \times c$), es perfectamente viable para los hospitales trabajar a tasas incluso mayores a las de libre mercado. Por otro lado, nótese que en donde hay incentivos hacia la integración es porque había ineficiencias por parte del hospital o este ejercía cierto poder de mercado (i. e $r_2 > 0$). Desde esta perspectiva, la integración es pro-eficiencia.

15. Anexo 6: razonabilidad de la integración vertical en el primer nivel de entrada al sistema de salud.

Para este caso se tiene un asegurador a y dos tipos de prestadores de servicios de salud p_1 y p_2 . Por una parte, p_1 es un prestador de puerta de entrada. Es decir, en éste se hacen elementos de promoción y prevención y de atenciones básicas. Asimismo, p_2 presta servicios avanzados, los cuales se descubren cuando el paciente pasa por p_1 o cuando el paciente se agrava estando ahí.

Suponga que, si el paciente está en p_1 tiene una probabilidad de α de curarse cuando se da un tratamiento oportuno y α_1 si el tratamiento es deficiente y de baja calidad. En este caso se asume que $\alpha > \alpha_1$. Análogamente, si el paciente trascendió a un p_2 , tiene una probabilidad de β de curarse si se trata de una forma eficiente y una probabilidad de β_1 si el tratamiento es de baja calidad. En este caso se tiene que $\alpha > \alpha_1 > \beta > \beta_1$. Este orden es consistente con la realidad ya que un paciente que llega a p_2 es porque su estado de salud es considerablemente más bajo que el de un paciente de p_1 , por ende la probabilidad que se recupere, pese a usar la mejor tecnología, no puede ser mejor que recuperarlo cuando estaba menos enfermo.

Con miras a evaluar los efectos de la integración vertical, se asume que α puede determinar qué tipo de tratamiento se le preste al paciente. Con respecto a p_1 , c^1 hace referencia al costo de tratamientos oportunos y c_1 tratamientos de baja calidad. Análogamente, respecto a p_2 , c^2 hace referencia al costo de tratamientos oportunos y c_2 tratamientos de baja calidad. Naturalmente, $c^1 > c_1$ y $c^2 > c_2$. Por simplicidad del modelo se asume que las probabilidades de curarse y los costos en cada hospital son independientes. Además, se asume que las decisiones son constantes. Por ejemplo, si α determina tratar con alta calidad en p_2 no importa cuántas veces el paciente reincida, siempre se le tratará así. Para evaluar las decisiones se asume una tasa de descuento r .

En este modelo, cuando un enfermo está en p_2 el aumento porcentual en la probabilidad de mejora es mucho menor que el aumento porcentual de dinero que se tiene que invertir en la persona. En la realidad esto se evidencia en el caso extremo de los cuidados paliativos en donde se invierte dinero sin esperanza de curar la enfermedad.

De esta forma se tiene que:

$$\frac{\beta - \beta_1}{\beta} < \frac{C^2 - C_2}{C^2} \quad (25)$$

A partir de esta información se tiene el siguiente árbol de decisión:

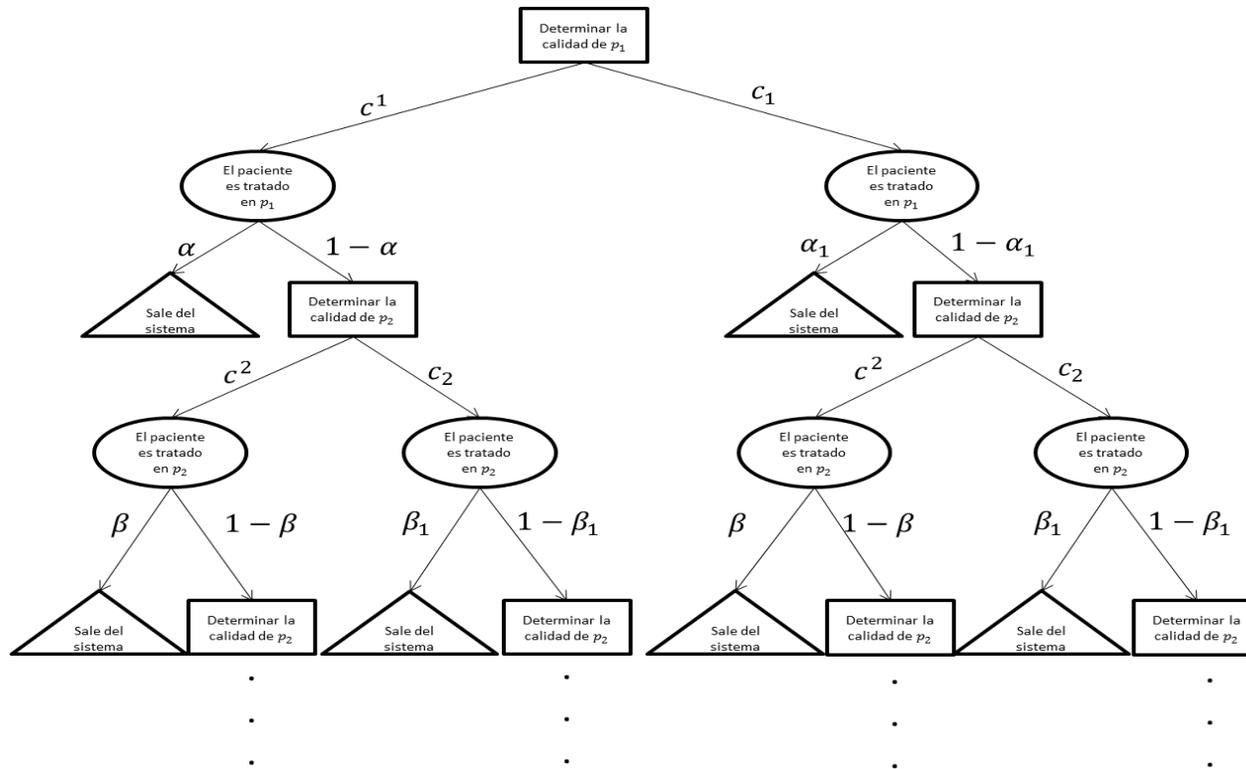


Figura 15

A partir de esta información se pasa a hacer la evaluación de las decisiones económicas. Teniendo en cuenta que es independiente la decisión en p_1 y p_2 se analiza primero p_2 . Cómo el proceso es iterativo, suponga que el costo esperado si se elige calidad alta en p_2 es x . De esta forma se tiene que:

$$x = c^2 + \frac{(1 - \beta)}{(1 + r)} x \quad (26)$$

Donde se concluye que:

$$x = c^2 \frac{1 + r}{r + \beta} \quad (27)$$

Así mismo si la decisión es calidad baja, se tiene que:

$$x = c_2 \frac{1 + r}{r + \beta_1} \quad (28)$$

Al restar (27)-(28),

$$\begin{aligned} & c^2 \frac{1 + r}{r + \beta} - c_2 \frac{1 + r}{r + \beta_1} \\ &= \frac{(1 + r)[c^2(r + \beta_1) - c_2(r + \beta)]}{(r + \beta)(r + \beta_1)} \\ &= \frac{(1 + r)[r(c^2 - c_2) + (c^2\beta_1 - c_2\beta)]}{(r + \beta)(r + \beta_1)} \quad (29) \end{aligned}$$



Pero se sabe que r , $c^2 - c_2$, β y β_1 son positivos por construcción del modelo. Además, despejando (25) se tiene que $(c^2\beta_1 - c_2\beta) > 0$.

Entonces se concluye que

$$\frac{(1 + r)[r(c^2 - c_2) + (c^2\beta_1 - c_2\beta)]}{(r + \beta)(r + \beta_1)} > 0 \quad (30)$$

De esta forma, efectivamente en p_2 se tiene que a no va a querer alta calidad.

Ahora se hace el ejercicio para p_1 .

En este caso, si x es el costo esperado de tratar con alta calidad, se tiene que,

$$x = c^1 + c_2 \frac{(1 - \alpha)(1 + r)}{(r + \beta_1)(1 + r)} = c^1 + c_2 \frac{(1 - \alpha)}{(r + \beta_1)} \quad (31)$$



En caso de optar por la baja calidad, se tiene que,

$$x = c_1 + c_2 \frac{(1 - \alpha_1)}{(r + \beta_1)} \quad (32)$$

Al restar (31)-(32) se tiene que

$$c^1 - c_1 + \frac{c_2}{r + \beta_1} (\alpha_1 - \alpha) \quad (33)$$

De ahí se concluye que la alta calidad es rentable si

$$\frac{c^1 - c_1}{\alpha - \alpha_1} < \frac{c_2}{r + \beta_1} \quad (34)$$

A partir de la información dada, no se puede determinar si es rentable o no. No obstante, a la hora de comparar el modelo con la realidad, se tienen los siguientes resultados. Por una parte, investigaciones tales como el reporte Dawson (1920) y sus posteriores actualizaciones demuestran que los costos de una enfermedad que avanza son mucho mayores a los de una enfermedad controlada desde el inicio. De hecho, a partir de la relación 80% del gasto es justificado en el 20% de las personas²⁰.

$$\frac{c^1 - c_1}{c_2} < \frac{c^1}{c_2} < \frac{1}{16}$$

Por el otro lado, la literatura también ilustra cómo unas atenciones básicas de alta calidad aumentan considerablemente la salud de los pacientes. Si bien el porcentaje varía según el indicador, el estudio de Starfield et. al. (2005) y Bertakis y Azari (2011) muestran índices generalmente superiores al 10%. Es decir, $\alpha - \alpha_1 > 0.1$ y consecuentemente $\beta_1 < 90\%$. Finalmente, suponiendo una tasa de interés menor al 40%, $r + \beta_1 < 1.3$. De esta forma, sobredimensionando las estimaciones empíricas, se tiene que al evaluar el resultado en (13)

$$\frac{c^1 - c_1}{\alpha - \alpha_1} < \frac{c_2}{0.2 \text{ es}} < \frac{c_2}{1.6} < \frac{c_2}{1.3} < \frac{c_2}{r + \beta_1}$$

De esta forma se muestra como ante estimaciones infladas en contra de la promoción de la calidad, el modelo sustenta que para los hospitales p_1 la calidad se va a fomentar. Así queda demostrado cómo la aplicación de la

²⁰ Como se muestra en este estudio la relación es mucho más marcada



teoría general no ajusta directamente al caso de la salud, no obstante, en lo que concierne a las actividades de “puerta de entrada”, la integración vertical promueve la calidad.

16. Anexo 7: Criterios para la integración vertical

Fundamentada en la ley, la Superintendencia Nacional de Salud expide el siguiente comunicado (Criterios para la integración vertical, 2007):

De conformidad con lo previsto en el artículo 15 de la Ley 1122 de 2007, ‘las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud. Las EPS podrán distribuir este gasto en las proporciones que consideren pertinentes dentro de los distintos niveles de complejidad de los servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud.’

(...)

Para tal efecto, se entiende por IPS PROPIA aquellas que se encuentren en las situaciones descritas en el artículo 260 del Código de Comercio, subrogado por el artículo 26 de la Ley 222 de 1995: ‘Una sociedad será subordinada o controlada cuando su poder de decisión se encuentre sometido a la voluntad de otra u otras personas que serán su matriz o controlante, bien sea directamente, caso en el cual aquélla se denominará filial o con el concurso o por intermedio de las subordinadas de la matriz, en cuyo caso se llamará subsidiaria.

El artículo 261 subrogado por el artículo 27 de la Ley 222 de 1995 contempla la existencia de SUBORDINACIÓN a partir de las situaciones taxativas descritas.

Es de precisar que, de conformidad con el artículo 262 del Código de Comercio subrogado por el artículo 32 de la Ley 222 de 1995, se prohíbe que las sociedades subordinadas, tengan a ningún título, partes de interés, cuotas o acciones en las sociedades que las dirijan o controlen. Serán ineficaces los negocios que se celebren, contrariando lo dispuesto en este artículo.

Igualmente, se entiende por IPS propia la que reúna las condiciones reguladas en el artículo 28 de la Ley 222 de 1995, que reza:

‘habrá grupo empresarial cuando además del vínculo de subordinación, exista entre las entidades unidad de propósito y dirección.

Se entenderá que existe unidad de propósito y dirección cuando la existencia y actividades de todas las entidades persigan la consecución de un objetivo determinado por la matriz o controlante en virtud de la dirección que ejerce sobre el conjunto, sin perjuicio del desarrollo individual del objeto social, o actividad de cada una de ellas...’

En conclusión, se debe determinar que el significado de IPS PROPIAS alude a la situación de la sociedad IPS, frente a la EPS ya sea en razón a que ostente la calidad subordinada, o bien, porque exista vinculación a un grupo empresarial, de conformidad con las nociones expuestas.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

 **PROSPERIDAD
PARA TODOS**