

# BOLETÍN POLIS

Observatorio Políticas Públicas - POLIS  
Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas  
Universidad Icesi

Publicación Semestral - Año 8 - Número 12. Cali, enero de 2013 - Observatorio de Políticas Públicas - POLIS - Universidad Icesi

ISSN: 1909-7964



## PROPUESTAS CONCRETAS PARA LA ENCRUCIJADA DEL SISTEMA DE SALUD

Ante una crisis como la que atraviesa el sistema de salud en Colombia no hay fórmula mágica. No se requiere una sino múltiples soluciones, que además sean coherentes y complementarias entre sí. Con esta premisa se realizó en octubre pasado en Cali el Simposio Internacional "Propuestas concretas para la encrucijada del sector salud", que contó con la participación, entre otros, del ministro Alejandro Gaviria y de Adam Wagstaff, director de investigación en desarrollo humano del Banco Mundial.

Lo organizó PROESA -Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud – con el apoyo del Observatorio de Políticas Públicas POLIS de la Universidad Icesi, y el Banco Mundial.



### EN ESTA EDICIÓN

- |  |         |
|--|---------|
| Cobertura Universal de Salud, equidad, protección financiera y sistemas de salud<br><i>Adam Wagstaff</i>               | Pág. 3  |
| Escoger bien lo que nuestro Sistema de Salud financia con el Pos y el No Pos:<br>5 Reflexiones - <i>Ursula Giedion</i> | Pág. 5  |
| El Derecho a la Salud en Colombia:<br>Alcances y Límites<br><i>Everaldo Lamprea Montealegre</i>                        | Pág. 7  |
| ¿Cómo financiar los servicios prometidos<br>y no quebrarse en el intento?<br><i>Ramiro Guerrero</i>                    | Pág. 9  |
| El segundo tiempo del gobierno Santos en<br>la Salud - <i>Alejandro Gaviria</i>  | Pág. 11 |
| Reorganizando funciones y jugadores en el<br>sistema de salud colombiano<br><i>Dov Chernichovsky</i>                   | Pág. 13 |
| ¿Qué hacer con la salud pública?<br><i>Gabriel Carrasquilla</i>  | Pág. 15 |
| Supervisión, transparencia y rendición de<br>cuentas - <i>Sergio Prada</i>   | Pág. 17 |

**POLIS**

Observatorio  
de Políticas  
Públicas



[www.icesi.edu.co/polis](http://www.icesi.edu.co/polis)

**A**nte una crisis como la que atraviesa el sistema de salud en Colombia no hay fórmula mágica. No se requiere una sino múltiples soluciones, que además sean coherentes y complementarias entre sí. Con esta premisa se realizó en octubre en Cali el Simposio Internacional “Propuestas concretas para la encrucijada del sector salud”, que contó con la participación, entre otros, del ministro Alejandro Gaviria y de Adam Wagstaff, director de Investigación en Desarrollo Humano del Banco Mundial.

Lo organizó PROESA -Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud– con el apoyo del Observatorio de Políticas Públicas -Polis, y el Banco Mundial.

Entre los muchos retos que enfrenta el sistema de salud en Colombia, el simposio le dio prioridad a cuatro que sobresalen por su importancia:

- Lograr un equilibrio entre los beneficios prometidos a la población y los recursos disponibles.
- Definir bien las funciones que se deben cumplir, y su asignación a los diferentes actores del sistema.
- Fortalecer la prevención y salud pública colectiva.
- Mejorar la transparencia y adecuada rendición de cuentas en el sector.

Los conferencistas aportaron propuestas concretas en torno a estos cuatro puntos, basadas en diagnósticos rigurosos y experiencias relevantes. En la presente edición del Boletín Polis, presentamos una transcripción resumida de algunas de las presentaciones. A continuación un resumen de las ideas centrales de cada una de las presentaciones.

La conferencia inicial se refirió a las definiciones de cobertura universal en



## PROPUESTAS CONCRETAS PARA LA ENCRUCIJADA DEL SISTEMA DE SALUD

**Ramiro Guerrero**

Director  
Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud  
rguerrero@proesa.org.co

salud. Ésta puede entenderse como afiliación a un seguro de salud universal, o como un mandato legal para que la administración pública organice y garantice la prestación del servicio. Pero éstos son sólo medios para un fin: que la gente pueda acceder a los servicios cuando los requiera, sin que ello signifique el empobrecimiento o la ruina financiera para el hogar. La evidencia empírica sobre la eficacia de los diferentes modelos institucionales para lograr los objetivos de la cobertura universal es inconclusa.

Para lograr un equilibrio entre beneficios y recursos hay dos caminos igualmente importantes y necesarios. Uno consiste en crear conciencia de la inviabilidad, incluso en los países desarrollados, de financiar todas las tecnologías sin límite de ninguna naturaleza. Ello está asociado a la institucionalidad que se requiere para tomar decisiones, y a la interpretación que se haga del alcance de los derechos económicos y sociales. Estos consensos, sin embargo, toman tiempo. En el corto plazo un cambio en la forma de financiar y pagar los servicios no POS, y de los incentivos implícitos en el actual esquema de recobros, contribuiría de manera efectiva al necesario equilibrio financiero del sistema.

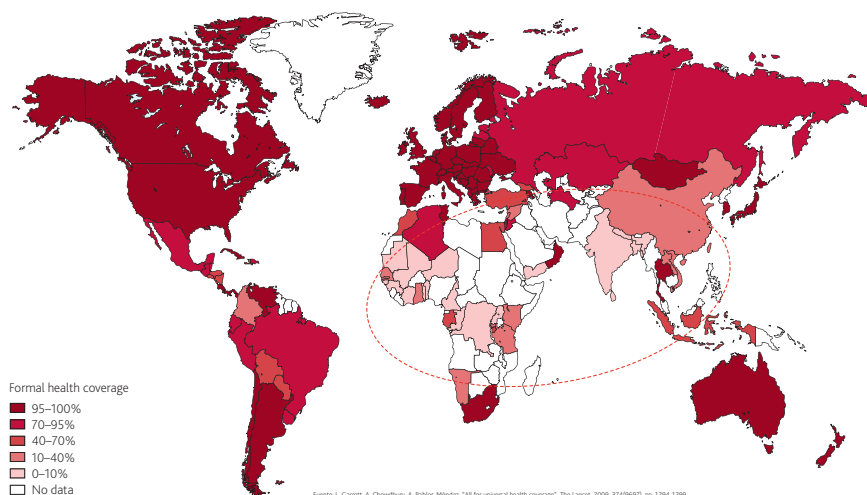
En la asignación de funciones entre actores hay muchas claridades por hacer, empezando por entender la

diferencia entre un seguro comercial de salud (del que se adquiere mediante una póliza) y el aseguramiento social en salud. Este último surge por mandato estatal y tiene unas características diferentes que evitan incentivos indeseables del primero, como segmentación de riesgos e inequidad asociada a la capacidad de pago. En la forma de organizar el aseguramiento social es preciso clarificar las características institucionales de las entidades a cargo del aseguramiento y la prestación, y el rol de las entidades territoriales.

La prevención y la salud pública son en buena medida un asunto de prioridad y voluntad política. Más allá de esto, su efectiva implementación está asociada al papel y recursos asignados a las entidades territoriales, a su capacidad institucional, y a la forma de articular estas actividades con las instituciones que gestionan el seguro médico. Se trata, quizá, de uno de los puntos más débiles del actual sistema colombiano.

Por último, pero no por ello menos importante, está el reto de la transparencia y rendición de cuentas. No sólo se requiere efectividad en la vigilancia y control estatales, sino mejor regulación y mayor conciencia de las buenas prácticas de gobierno interno en las instituciones que participan en el sistema. ■

## COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD, EQUIDAD, PROTECCIÓN FINANCIERA Y SISTEMAS DE SALUD



El mapa muestra el nivel de cobertura universal que tiene cada país. Los países con colores más oscuros son los que tienen una cobertura del 95% al 100%, mientras que los países con colores más claros van de 0% al 10% de cobertura. Estados Unidos, según este mapa, tiene un alto nivel de cobertura de salud. Surge entonces la pregunta, ¿por qué Barack Obama tomó el riesgo político de aumentar la cobertura?

Otro caso contradictorio es el de Brasil, que aparece con colores claros, a pesar que desde 1988 tiene como norma constitucional garantizar a todos los ciudadanos el acceso a los servicios de salud. La situación de cada país depende de lo que se entiende por cobertura.

Cuando se habla de cobertura universal en salud (CUS) se puede estar hablando desde tres enfoques diferentes, que con frecuencia se mezclan. El primero es el de los derechos, en el que por ley las personas tienen o no derecho a un sistema de salud. El segundo, el del aseguramiento, en el que las personas están o no cubiertas por un esquema de seguro formal. Finalmente, en el tercero, CUS significa que las personas deben tener acceso el tratamiento que necesitan sin comprometer su estabilidad financiera.

Cada enfoque tiene cuestionamientos. Los dos primeros son similares ya que ambos giran en relación a una política (instrumento). En el legal se asignan derechos, sin embargo, no es claro ¿cómo garantizar derechos en la práctica? La ley no basta. Se necesita un sistema de salud bien estructurado y con recursos.

Respecto al enfoque del aseguramiento, ¿se debe pagar vía impuestos o mejor vía subsidios? ¿se debe cubrir a todas las personas o dejar que cada uno decida? Y ¿qué tan generoso debe ser el sistema para poder considerar a una persona como cubierta?

El tercer enfoque combina dos objetivos de política (ampliar cobertura y minimizar gasto catastrófico) pero no nos dice qué instrumentos utilizar.

Esto nos deja más preguntas: ¿Qué tan bien asumen los diferentes países "el tratamiento igual para necesidades iguales" y la protección financiera? Y ¿qué enfoque es más exitoso, el legal o el de seguros? Para los países que sí tienen o introducen las reformas para la cobertura universal ¿se desempeñan mejor o se acercan a la tercera meta de la que hablábamos?

Veamos qué dicen los estudios. El gráfico 1 muestra los resultados de un estudio en países de alto ingreso utilizando el índice de concentración de

**Adam Wagstaff**  
Director del Grupo de Investigación de  
Desarrollo Humano y Servicios Públicos  
Banco Mundial

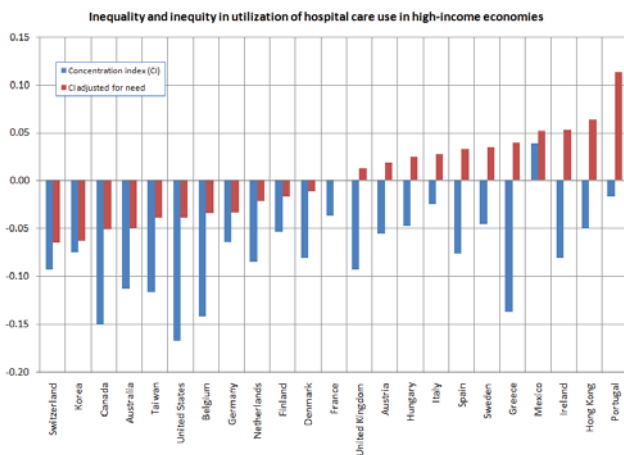


Gráfico 1: Desigualdad e inequidad en la utilización de los hospitales en economías de ingreso alto

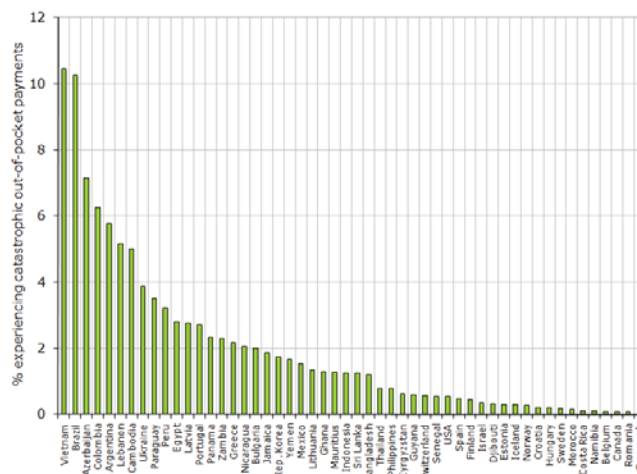


Gráfico 2: Porcentaje de individuos que experimentan gasto de bolsillo catastrófico

servicios hospitalarios. Un número positivo indica que los ricos reciben una proporción mayor de servicios que los pobres y viceversa.

El gráfico muestra que en todos los países, con excepción de México, el índice favorece a los pobres. Esto no sorprende porque las personas de más bajos recursos tienen peor salud y tienen necesidades médicas más grandes. Sin embargo, después de ajustar por esa mayor necesidad, el panorama se ve muy diferente. Hay países en los que el índice sigue favoreciendo a los pobres. Pero hay otros en los que pasa de favorecer a los pobres para estar en pro de los ricos.

También es importante señalar que no existe relación entre el compromiso con la universalidad y el resultado del índice de concentración ajustado. Por ejemplo, el Reino Unido está valorado en la mitad de la gráfica a pesar de que tiene un compromiso muy grande en cuanto a la universalización. El índice ajustado es cero.

Miremos a los Estados Unidos: le va mejor que al Reino Unido sin tener un compromiso hacia la universalidad. Miremos Hong Kong, un territorio que tiene un sistema de salud nacional al estilo inglés: le va bastante mal, porque

beneficia de manera desproporcionada a los ricos. Hay otros países, como Corea y Suiza, a los que les va bien en cuanto a los recursos otorgados a los pobres, ninguno de los cuales es conocido por su filosofía de cobertura universal.

En cuanto a la protección financiera, el gráfico 2 muestra la parte de la población que experimenta gastos catastróficos de atención médica que amenazan el nivel de sus ingresos. Los países a la izquierda son aquellos donde una parte grande de la población está incurriendo en este tipo de gastos. Incluye a Brasil, por ejemplo, que es un país que ha estado comprometido por ley con la cobertura universal. También incluye a Colombia y a Vietnam, países que introdujeron la cobertura universal desde el enfoque de seguros.

Hay países donde la fracción es mucho menor, pero el gráfico muestra que no hay relación entre introducir una ley, la cobertura universal o de aseguramiento, y mejoras en protección financiera.

Además, las diferencias en la utilización de los servicios de salud entre ricos y pobres ignora el hecho de que los pobres reciben servicios de menor calidad. Los pobres hacen un mayor uso

de los servicios primarios de salud donde el servicio no es tan bueno como el de los hospitales.

En suma, las respuestas a nuestras preguntas, sorprendente, son: (1) No es claro que los países que introdujeron CUS estén mejor que los demás en las metas (lograr equidad y seguridad financiera), (2) no es claro que las reformas de CUS lleven al logro de la misma. Surge la pregunta, ¿son los instrumentos (legal y aseguramiento) la manera más costo-efectiva de lograr estas metas?

Esto nos lleva a buscar otros instrumentos de política menos tradicionales. En particular, políticas orientadas a mejorar la oferta pueden ayudar a reducir la baja utilización por parte de los pobres y a reducir la demanda inducida por parte de los proveedores que incrementa los gastos de bolsillo innecesariamente. Por el lado de la demanda también es importante ayudarles a los pobres a "navegar" el complejo sistema de salud, con información y asesoría. ■





## ESCOGER BIEN LO QUE NUESTRO SISTEMA DE SALUD FINANCIA CON EL POS Y EL NO POS: 5 REFLEXIONES

**E**n todos los sistemas de salud, privados, mixtos o públicos, se dice no a ciertas cosas. Incluso se dice no a cosas que tienen un valor terapéutico. Doy dos ejemplos. En el Reino Unido, un país bastante más rico que Colombia, sólo se financia la insulina análoga para ciertos grupos de pacientes, y con procesos de priorización mucho más legítimos. Canadá se encuentra entre los países de la OECD que menos uso de tecnologías sofisticadas hace en el mundo.

No se puede financiar todo, ni se puede considerar hacerlo en el mañana. A pesar del crecimiento económico de un país, los gastos en salud se hacen mayores en el futuro. Esto se da porque la población vieja en el mundo cada vez es mayor. Paralelamente con el envejecimiento aumenta la prevalencia de las enfermedades crónicas, la demanda por servicios (vía aumento ingreso) y sobre todo las innovaciones tecnológicas. Un estudio del Banco Mundial muestra que en los próximos 20 años la población infantil será menor

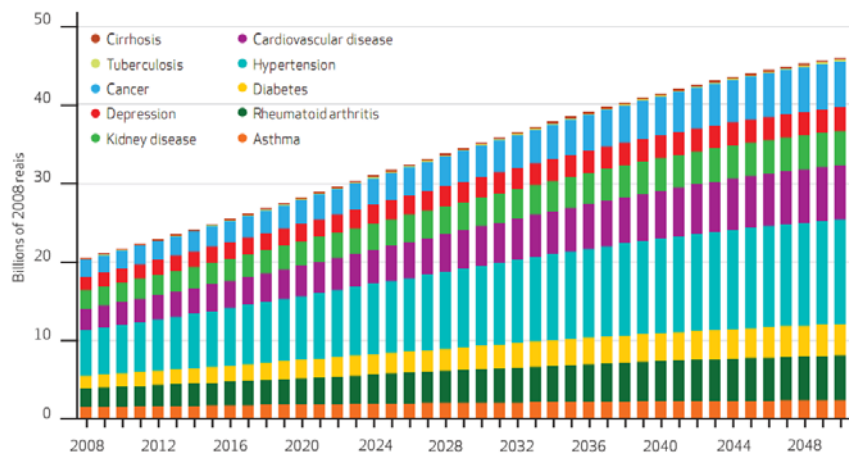
y la anciana mayor, lo que genera que el sistema de salud en América Latina necesite 50% más de recursos para enfrentar la presión. El consenso general entre los economistas de la salud, dice que el aumento de las innovaciones tecnológicas médicas y su difusión por el sistema de salud es lo que más presión hará en el gasto en salud.

Forbes publicó recientemente un artículo sobre los medicamentos más caros. Hace 5 años, pagar 50.000 dólares por un medicamento era un escándalo. Hoy, existen al menos 10 que valen más de 200.000 dólares al año y la tendencia va en aumento. Tal vez mañana tengamos 200 medicamentos así.

¿Cómo vamos a enfrentar esa presión? ¿Cómo vamos a gestionar el “no hay”, o el “sí quizás”? La consecuencia de eso es el racionamiento o, para usar una palabra políticamente correcta, priorización. La pregunta no es si debemos priorizar, la pregunta es cómo.

**Ursula Giedion**  
Consultora

Banco Interamericano de Desarrollo



Fuente: Health Affairs, 2010. Glasman et al. Confronting The Chronic Disease Burden In Latin America And The Caribbean

Gráfico 1: Proyecciones del gasto en salud por condición crónica en Brasil, 2008-2050

Estamos hablando de procesos que tienen un impacto positivo en la salud. Obviamente países como Colombia están en una situación bastante más difícil por la menor disponibilidad de recursos. El verdadero reto no es tener que decir no a cosas suntuarias o experimentales, sino a algunas que tienen un aporte positivo en salud.

Decir no a la financiación de ciertos productos médicos es difícil, afecta preocupaciones, necesidades, intereses y personas reales. Por ello esas decisiones son controvertidas. Veamos un extracto de lo que declaró el Ministro de Salud de Alemania: “Siempre enfatizamos que no tenemos un sistema socialista [...]. Pero claro, tenemos la responsabilidad política del funcionamiento general del sistema. Y claro, apenas el Comité Federal Conjunto (G-BA) saca un servicio de la lista [...] todo el lobby y los esfuerzos publicitarios se concentrarán en el ministerio”. En Suiza, se está discutiendo la introducción del racionamiento. Un artículo reporta: “Los políticos no están muy emocionados de pisar el potencial campo de minas. La discusión no será sólo técnica, será altamente política”. Otro ejemplo, en el Jerusalem Post, donde unos pacientes de cáncer hicieron una huelga porque

no se les incluía un medicamento oncológico hasta que el ministro tuvo que aceptarlo.

¿Qué sale de ahí? No esperemos que vengan años fáciles con la creación del Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). Nos espera una controversia intensa, y si eso no pasa, será un indicador de que IETS no está haciendo bien su tarea. Hay que pensar en lo que sigue. ¿Qué pasa si el IETS concluye que un medicamento sí sirve y es costo-efectivo, se recomienda, pero no hay plata? ¿Cómo manejar esta situación? Un ejemplo es Australia, donde durante algún tiempo cualquier decisión de inclusión que costara más de diez millones de dólares australianos, tenía que pasar por la aprobación del gabinete. Hubo un escándalo cuando su agencia de evaluación de tecnologías decía no a algunas vacunas porque simplemente no se alcanzaban a financiar.

Colombia se encuentra en buen camino, en línea con la mayoría de los países de ingresos altos que cuentan con una entidad pública que evalúa las tecnologías de salud para recomendar si se deben o no cubrir con recursos públicos. Exponiendo el ejemplo de Alemania, quienes en vez de discutir

sobre si algo sirve o no, lo que hacen es que al poco tiempo de haber aprobado un medicamento por su Invima, le piden al IQWiG (equivalente del IETS) que evalúe el valor terapéutico adicional, si tiene más valor terapéutico negocian precios, si tiene el mismo valor, ya se sabe el valor que paga el sistema público. Para algunos medicamentos han aceptado aumentar el precio de acuerdo al beneficio adicional, mientras que para otros no.

¿Debería Colombia tener un IETS que se divierte haciendo evaluaciones y después el ministerio elige usar o no lo que se evalúa? Creo que no. Se debe lograr que la evaluación de tecnología se tenga verdaderamente en cuenta para tomar decisiones de cobertura de servicios.

“Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en el país de las maravillas” (Rawlins, 2010). “Ningún país, por más rico que sea, está en capacidad de proveer a toda la población todas las tecnologías o intervenciones que podrían mejorar la salud o prolongar la vida” (World Health Organization, 2010, p. 21). ■



## EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: ALCANCES Y LÍMITES

**E**l presente artículo discutirá los alcances y los límites del derecho a la salud en Colombia. Para iniciar, se hará un breve repaso sobre qué se sabe hasta el momento del litigio en salud y cuáles son las razones por las cuales ha escalado de manera significativa en los últimos años.

Latinoamérica es la región donde se presentan más litigios en salud, siendo Colombia uno de los casos más representativos. Por un lado, la evidencia empírica cualificable permite conocer que gracias a este derecho miles de personas están vivas todavía. Sin embargo, este mismo derecho está teniendo efectos no deseados en el

crecimiento de los costos y la distribución de recursos. El derecho de salud es tal vez el más litigado en Colombia.

Con toda esta información se busca determinar qué ha causado la escalada de litigios del derecho a la salud en Colombia. En un estudio, Núñez y Zapata de Fedesarrollo muestran que durante el periodo de 2003 a 2010 los costos en el Fosyga por recobros de CTC y tutelas pasaron de 1,3 billones en el 2003 a 2,4 billones.

La Tabla 1 muestra que los recobros como porcentaje del total de los gastos del Fosyga han aumentado de 0,9 en 2003 a 18,5 en 2010. Si bien los costos

Tabla 1: Déficit o Superávit subcuenta de compensación Fosyga

Concepto	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(1) Total ingresos	8,1	8,3	8,4	9,3	9,8	10,7	12,0	11,8
(2) Total gastos	7,2	7,7	7,6	8,4	9,7	9,7	11,8	12,7
(2.1) Recobros CTC y tutelas	0,1	0,1	0,3	0,4	0,6	1	1,9	2,4
(3) Utilidad operacional (1-2)	0,9	0,6	0,8	0,9	0,1	1	0,2	-0,9
(4) Recobros % total gastos	0,9	1,5	3,4	4,3	6,4	10,7	15,9	18,5

Fuente: Fosyga - Tomado de: Núñez, J. Zapata, J. (2012). "La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Fedesarrollo 2012, pag. 80.

**Everaldo Lamprea  
Montealegre**  
Universidad de los Andes

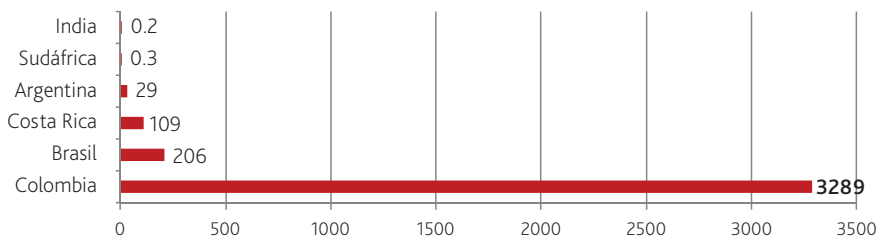


Gráfico 2: Colombia en Perspectiva Comparada

Fuente: Ottar Moestad, et al. "Assesing the Impact of Health Rights Litigation: A Comparative Analysis of Argentina, Brazil, Colombia, Costa Rica, India and South Africa." in Litigating health rights: can courts bring more justice to health?

asociados con la tutela han ido disminuyendo desde el año 2008, los costos asociados con CTC han aumentado después de la sentencia T-760.

Al comparar el caso de litigio de Colombia con otros países del mundo, se puede observar en el Gráfico 2 cómo el número de litigantes en salud por cada millón de habitantes en Colombia es muy superior:

Igualmente, un estudio del DNP muestra que en el 2009 el 90% de los reembolsos del Fosyga a las EPS son medicamentos, especialmente medicamentos de marca. Los medicamentos biotecnológicos son altamente litigados, principalmente aquellos que son utilizados para el cáncer. Estos medicamentos biotecnológicos oncológicos -producidos por unas cuantas multinacionales- sólo en el año 2008 tuvieron un costo de reembolsos por 102 millones de dólares.

Es entonces necesario preguntarse ¿qué hizo que Colombia llegara a este punto?

Para intentar responder a este tipo de preguntas se llevó a cabo un estudio en la Universidad de los Andes centrándose en una franja del litigio de salud en Colombia, como lo es la de los medicamentos de marca y genérico. Para iniciar el estudio se formuló la pregunta sobre cómo decide la Corte Constitucional en un caso de tutela sobre brindarles a las personas un medicamento genérico o un medicamento de marca.

En muchos casos (50%) los jueces de primera y segunda instancia, a pesar de la recomendación de los médicos de brindarles a los pacientes un medicamento de marca, deciden que a estos les corresponde por derecho un medicamento genérico y que no se está violando su derecho a la salud. Sin embargo, la Corte Constitucional casi en el 100% de los casos va en contravía de las decisiones de estos jueces. La Corte cita la prescripción médica como un aspecto fundamental en el momento de tomar la decisión y brindarles a los pacientes un medicamento de marca en lugar del genérico.

En el 89% el único recurso probatorio que toma en cuenta la Corte es la prescripción médica. Mostrando así la poca comunicación entre la Rama Judicial y una entidad que pueda evaluar las tecnologías a la cual puedan acceder los jueces. El valor de los medicamentos de marca es aproximadamente 3,41 veces el valor del genérico.

Esto muestra las dificultades de la decisión judicial en esta materia, en un contexto de arreglos institucionales y socioeconómicos que ha hecho que haya una desconfianza en los medicamentos genéricos como opción de tratamiento. La Corte desconfía desde el 2003 cada vez más en los genéricos y llega a una conclusión implícita al asumir que el derecho a la salud de los ciudadanos se protege de manera más eficiente con los medicamentos de marca que con los medicamentos genéricos. Esto lo hace al establecer además que el medicamento

genérico es una violación al derecho a la salud. El deterioro de la legitimidad de los medicamentos genéricos no se da sólo en la Corte sino también dentro de la sociedad.

Además, los médicos parecen tener un consenso en muchas especialidades sobre la mayor seguridad y calidad de los medicamentos de marca que los genéricos. Sin embargo, esto se presenta en un contexto de información asimétrica donde las empresas farmacéuticas tienen mucha más información que los médicos tratantes. Es así como se deteriora la legitimidad de los medicamentos genéricos en todos los contextos, incluyendo en la Corte Constitucional.

Una causa fundamental de la deslegitimación de los genéricos son los huecos institucionales existentes en el país. Por ejemplo, la ausencia de un instituto de evaluación de tecnología hace que la Corte Constitucional no tenga un mecanismo para cotejar si el medicamento que pide el paciente tiene un sustituto de igual calidad que se encuentre dentro del POS. Por lo cual, entonces su sentencia debe basarse en la prescripción médica, la cual en la mayoría de los casos tiene como recomendación un medicamento de marca.

Por ello es importante preguntarse si en verdad el sistema de salud debe pagar medicamentos de marca para todas las patologías. Cuando en realidad hay para algunas que no es necesario. Es por ello que uno de los aspectos más importantes es la educación judicial frente a este tema de un medicamento genérico vs un medicamento de marca. ■



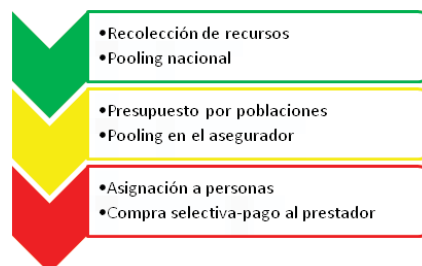


## ¿CÓMO FINANCIAR LOS SERVICIOS PROMETIDOS Y NO QUEBRARSE EN EL INTENTO?

Voy a referirme al financiamiento de los servicios en términos generales. ¿Dónde está el problema? Vamos a analizar las funciones del sistema. La primera es recolección de recursos. El debate es si hacerlo vía impuestos a la nómina o vía impuestos generales. Es un tema importante pero no urgente. La plata se está recogiendo, aquí no está el problema.

Los problemas están en las otras funciones: asignar el presupuesto por poblaciones (la UPC) y luego cómo asignar los recursos a las personas. La ilustración 1 refleja con colores de semáforo dónde están los problemas más importantes.

Ilustración 1 ¿Dónde está el problema?



Lo urgente nunca deja tiempo para lo importante. Lo importante hoy es asignar bien el presupuesto para las poblaciones. La capitación puede verse como un mecanismo de asignación de presupuesto a poblaciones. Así se hace en el sistema inglés.

Teníamos hasta hace poco un plan de beneficios más grande para régimen contributivo (RC) que para régimen subsidiado (RS), y por lo tanto el valor en precios constantes de la Unidad de Pago por Capitación –UPC– era mayor, pero ya están muy cerca de igualarse (gráfico 1).

Teniendo en cuenta los recobros expresados en términos per cápita, sumados a la UPC del RC, la asignación per cápita para el RC se ha incrementado considerablemente por efecto de los servicios “no POS”.

La asignación por capitación debe ser ajustada por riesgo. La edad es un parámetro, las personas mayores demandan más servicios, y la capitación se debe ajustar por ello. El otro parámetro de ajuste es el geográfico. Hay localidades donde se gasta más que en otras (por diferencias en acceso, utilización o precios). El ajuste geográfico es esencial, y puede estar

**Ramiro Guerrero**

Director

Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud  
rguerrero@proesa.org.co

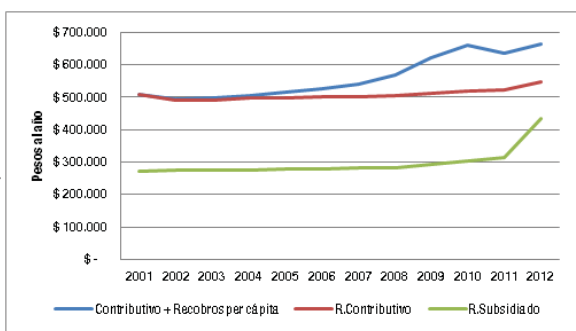


Gráfico 1: Valor de la UPC a precios constantes del 2012

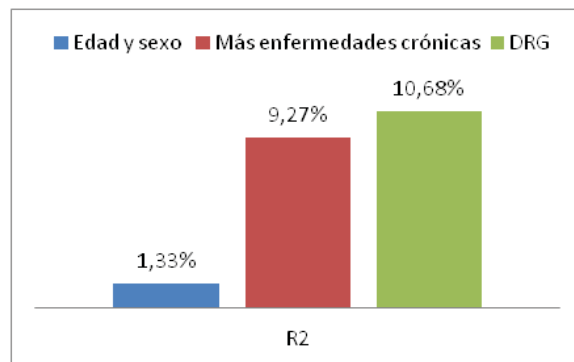


Gráfico 2: Fuentes de variación en gastos

Fuente: Riascos, Alfonso, Romero

asociado a la crisis que hay actualmente en el RS (ej. Bogotá).

¿Cómo mejorar la asignación per cápita? El gráfico 2 muestra el porcentaje de la varianza en gastos que explican diferentes variables. Se puede ver que edad y sexo (usado en el RC) explican poco. Un estudio reciente muestra que incluir indicadores de enfermedades crónicas mejora el ajuste. Aquí podemos mejorar.

Incluso, después de estos ajustes, aún subsiste el problema de tratamientos de alto costo. Según cálculos de PROESA y Quantil para una EPS, el 1% de las personas con mayores costos dan cuenta del 42% de los costos totales (POS y no POS). Entonces, los resultados financieros de las organizaciones dependen críticamente de si se filian o no ese grupo de personas.

Los países que llevan más tiempo que Colombia lidiando con este reto (Alemania, Holanda) han propuesto mecanismos para compartir el riesgo financiero de manera ex post. Una de las modalidades es permitirle a la EPS seleccionar de antemano el 1% de las personas que anticipan serán más costosas. Para ese subconjunto el pagador (FOSYGA) comparte o paga parte de los gastos médicos asociados y minimiza así el problema de la concentración del riesgo. Otra forma de hacerlo es por patología, como funciona en Colombia la cuenta de alto costo.

Hasta aquí quedan señalados los retos asociados a mejorar la asignación a poblaciones. Ahora lo urgente: el no

POS. Las organizaciones se ven obligadas a incurrir en unos gastos de atención en salud cuyo soporte legal se evalúa a posteriori, esto es, tratar de legalizar un hecho cumplido que no siempre se podrá legalizar. Sucede por muchas razones, una de ellas es contradicciones de fondo entre la jurisprudencia y las disposiciones legales.

La asignación de gasto público en Colombia debe observar ciertos principios: hacerse con cargo a un presupuesto aprobado y justificarse la necesidad. Hay un ordenador del gasto que es el responsable legal, quien observa principios de economía y busca mejor precio a través de procesos competitivos. Tiene que darse además selección objetiva, y debe haber rendición de cuentas.

El recobro no observa ninguno de estos principios. El ordenador de gasto público es el médico. Peor aún, como la cuenta se debe pagar hay incentivos a lo largo de la cadena para inflar precios. El recobro existe en una legalidad paralela, nunca se previó en la ley y se impuso por la fuerza de los hechos y como una consecuencia no esperada de la jurisprudencia.

¿Qué hacer? El primer punto es dejar de pelear por la existencia del no POS. Pienso que es sensato que haya excepciones al POS dado que debe haber un margen de maniobra y decisión para los médicos. Un defecto de diseño del sistema es no haber previsto esto. Más bien, la discusión debería estar en el diseño de un

mecanismo racional que cambie la forma de adquisición y pago de las prestaciones excepcionales.

Hay absurdos adicionales. Por ejemplo, entre mayo 2011 y mayo 2012 hubo 2,3 millones de solicitudes de recobro por menos de \$100.000, correspondientes al 4,7% del valor total recobrado. Vale más auditar las cuentas que lo que valen las propias cuentas.

Entre las posibles soluciones encontramos la regulación de precios; regular mejor el acceso a servicios no POS mediante unas juntas que tengan incentivos neutrales y no tengan conflictos de intereses; crear un reaseguro para eventos no POS. Hoy en día FOSYGA actúa de facto como reasegurador, sin deducible y cubre 100% la cuenta no POS. Así, a la EPS no le duele lo no POS, salvo por el problema de la liquidez y del atasco de las cuentas. Otra solución que se puede explorar es contratar la atención de ciertos servicios no POS con prestadores especializados.

Cierro con un comentario sobre el debate de las EPS como aseguradoras o administradoras. Lo segundo sería dejarlas como auditoras y tramitadoras de cuentas, sin asumir riesgo financiero. La noción de presupuesto tiene implícito el que haya un doliente del mismo. Al dejar a las EPS sólo como administradoras, dejan de ser dolientes de un presupuesto. En consecuencia, pierden todo incentivo a hacer gestión del riesgo. ■



## EL SEGUNDO TIEMPO DEL GOBIERNO SANTOS EN LA SALUD

**Alejandro Gaviria**  
Ministro de Salud

**P**rimeras medidas  
Me refiero en primer término a procesos que vienen de atrás y que en el corto plazo tendrán continuidad:

- Acabamos de dar inicio formal al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).
- Se firmó el decreto que acabó con el ISS.
- También se liquidará la CRES. Se transferirán algunas de las funciones al Ministerio.
- Se prepara una reestructuración a fondo del Invima.
- Seguimos trabajando junto con el Superintendente Financiero en el decreto de habilitación de las EPS. Este puede demorar un poco más.

### Flujo de recursos

Estamos evaluando cuáles pueden ser las deudas totales en el sistema. Cuando se habla de flujo de recursos se mezclan temas muy distintos. Hay deudas de:

- Entidades territoriales (ET) con EPS de régimen subsidiado (RS). En muchos casos tienen como causa procesos de captura o corrupción que vienen de atrás. La geografía de las deudas coincide en alguna medida con la del conflicto armado.
- ET con red pública hospitalaria que se refieren al no POS.
- EPS del subsidiado con red pública hospitalaria.
- Foysga con EPS del régimen contributivo (RC), por no POS.
- Fosyga con IPS por accidentes de tránsito y ECAT.
- EPS del RC con hospitales privados.

Hay que entender su magnitud, y diseñar estrategias distintas para cada una.

Está el problema de las deudas crecientes de EPS del RS que se retiran y que recaen en red pública y a veces con privados. En casos puntuales de EPS (Salud Cóndor, Selva Salud, Emdi Salud), son deudas que van a quedar en

el aire. Buscamos estrategias para que la nación pueda ayudar aunque sea con una fracción.

Una solución es el proyecto de ley de cuentas maestras de ET. Hay aproximadamente 2 billones atascados, cuyo destino debería ser pagar a EPS del RS, y algunas deudas con EPS y con red hospitalaria. Sin embargo, al revisar la geografía, la plata, está en ciudades. Como no se superponen la geografía de la deuda con la de la plata puede hacerse algo pero no soluciona la totalidad del problema.

También está el tema de Caprecom. Esta semana gestionamos la segunda parte de un tramo de 60.000 millones de hacienda para que se le entregue para pagar deudas.

Y por supuesto el tema grueso de recobros al Fosyga. Hay decretos reglamentarios de ley antitrámites que agilizan el pago para algunas glosas, pero hay que hacer más.

Finalmente, puede haber un desequilibrio estructural en el RS asociado a la diferencia de UPC en los dos regímenes. Buscamos acelerar la igualación (prevista a 4 años). Aunque no tenemos todos los estudios, sí parece que en las ciudades grandes hay insuficiencia de UPC del RS. Estamos consiguiendo la información. Tendremos que tomar decisiones apenas tengamos los estudios.

### Red pública hospitalaria

En torno a este tema, apporto tres elementos del diagnóstico. Tiene que ver con un tema del que poco se ha hablado: la descentralización.

1. Mientras en educación los servicios se departamentalizaron, en salud han estado municipalizados.
2. Creación de las ESE: La idea de que los servicios de salud se iban a organizar como entidades empresariales autónomas, y que los gerentes tenían que funcionar como empresarios no funciona.
3. Hay una tensión entre el RS como

subsidios a la demanda, y la existencia de una oferta pública que tiene que hacerse viable paralelamente.

Tensiones que se expresan en porcentajes como el de contratación mínima y ahora en el giro directo. Un modelo que nunca ha logrado una convivencia armónica entre los subsidios a la demanda y a la oferta pública. Convivencia disfuncional.

Esta realidad ha llevado a problemas de economía política: los hospitales son epicentro de clientelismo regional. El déficit de hospitales públicos no disminuye a pesar de lo que se ha hecho. Entonces el déficit es estructural, no coyuntural. Por esto, la solución tiene que tocar aspectos fundamentales de la descentralización.

Dicho esto, ¿en qué estamos pensando? En el corto plazo: un plan de saneamiento fiscal y financiero, que empiece por reconocer algunas de estas deudas. Los siguientes puntos están evaluación y estudio.

- Una ley 617 para hospitales. No es el único elemento de la solución.
- Para antiguos territorios nacionales, unificar recursos de demanda y oferta y conseguir un operador único, que no es gobernación ni municipio, este operador garantiza el funcionamiento de los tres niveles.
- ¿Cómo hacer una distribución distinta de los recursos de oferta? Vale la pena pensar si departamentalizar los recursos. O por lo menos acabar con la pretensión de tener ESEs autónomas. Imaginemos la educación si los colegios fueran unidades seudoempresariales independientes y a los rectores buscando a quienes les deben plata por todo el país.

### Ley estatutaria

Termino con las iniciativas legislativas. Ha habido recelo frente a esta posible ley: se creía que era muy difícil tramitar algo razonable. Ya hay 5 proyectos de

ley estatutaria. No podemos evadir este debate. Debemos participar en él y retomar el liderazgo intelectual.

No tenemos una definición todavía. Nos ha acompañado Manuel José Cepeda, quien habla de la construcción legítima del NO. Pensamos que la resolución de conflictos no debería empezar ni terminar en la instancia judicial. Previamente debe haber una instancia médica distinta, donde el IETS juegue un papel primordial. Y podamos transmitirles a los jueces la evidencia de esa instancia, que haya un trámite previo no judicial sino médico.

Estamos ajustando una resolución para quitarles el no POS a las EPS.

Los proyectos de ley estatutaria que hay mezclan aspectos del derecho a la salud con aspectos del funcionamiento del sistema. Propongo separar el qué del cómo, y dejar los aspectos operativos para una ley ordinaria.

¿Qué pensamos de reformas a la Ley 100 de 1993? Ayer tomamos una decisión de incluir una reducción importante de los parafiscales en la reforma tributaria.

Una vez aprobada, lo que tendremos en Fosgya no solo es parafiscal sino fiscal, lo cual implica unificar fuentes de contributivo y subsidiado. Vamos a tener que hacer una reforma a la Ley 100, para unificar recursos de renta, parafiscales, SGP y otras fuentes. Y una vez esto se de, tendremos que imaginarnos cuál va a ser el papel de las EPS: aseguradoras o administradoras. Esto será objeto de estudio y debate. ■



# REORGANIZANDO FUNCIONES Y JUGADORES EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO



**Dov Chernichovsky**  
 Profesor  
 Universidad Ben-Gurion, Israel

**E**ste artículo realiza un análisis del sistema de salud colombiano, desde una perspectiva integradora (que hasta el momento no se había dado). En primera instancia, no es posible hablar de la integración del sistema de salud ni de igualación de los planes de beneficios si se sigue pensando en regímenes separados.

El sistema que se propone en este artículo es uno donde exista un "Fosyga" unificado que acumule los fondos (de todos y para todos), sin distinción sobre régimen. Una vez establecido este principio básico, surgen una serie de problemáticas (tomadas de diferentes discusiones) alrededor de los siguientes temas: organización de la salud y cuidado preventivo de la población, descentralización, competencia regulada, integración vertical, rendición de cuentas y financiamiento privado complementario. El problema que existe respecto a estas discusiones es que han sido tratadas por separado y no han sido pensadas desde un mismo marco.

Para tratar todos los temas en conjunto se deben identificar los elementos con los cuales se trabaja: instrumentos, instituciones, funciones y principios de organización y administración (manejo). En cuanto a los instrumentos, están la promoción de la salud, el cuidado personal preventivo y el cuidado terapéutico. En las instituciones se encuentra el gobierno nacional, el gobierno territorial (departamentos y municipios), los aseguradores (administradores de fondos públicos, EPS), los proveedores (IPS) y otros (algunos todavía no se han diseñado). Las funciones son:

financiamiento (incluyendo el aseguramiento complementario y el gasto de bolsillo), administración del presupuesto público, provisión y supervisión (gobierno). Finalmente, dentro de los principios de la organización, se encuentra la descentralización administrativa y la competencia regulada.

A continuación se compilan todos estos elementos de forma que representen un todo coherente y unificado. El punto de partida para el análisis es la estructura administrativa colombiana, la cual puede describirse como un sistema federalizado (no en sentido estricto). Un problema de Colombia es que la descentralización administrativa o Ley 60 (que gobierna el régimen subsidiado) y la competencia regulada o Ley 100 (que administra el régimen contributivo) son inconsistentes. La Ilustración 1 muestra que en el régimen contributivo el flujo de decisiones (en cuanto a sus recursos) se desplaza de modo horizontal: las EPS son instituciones que asignan recursos y toman decisiones nacionalmente. Mientras que en el régimen subsidiado los recursos van verticalmente hacia abajo; de manera que en el centro, donde deben encontrarse, chocan las unas con las otras.

Frente a lo anterior, se plantean las siguientes soluciones: en primera instancia, el sistema de salud debe ser "regionalizado" (departamentalizado).

**Ilustración 1:** Inconsistencia de los principios de organización y administración de ambos regímenes.

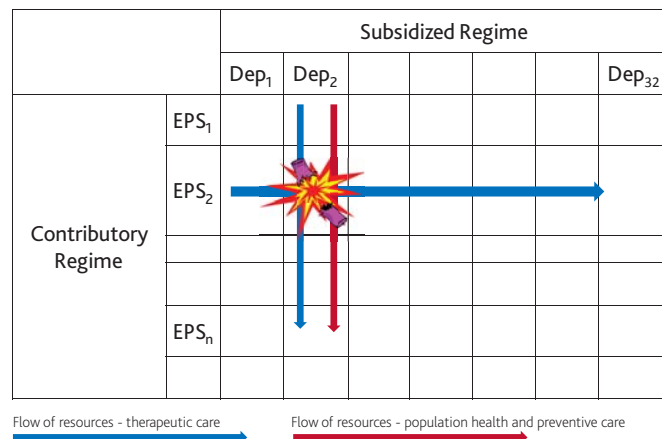
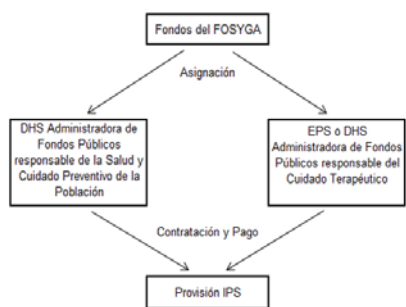


Ilustración 2: El modelo Potencial.



Fuente: Dav Chernosky

De esta manera, las EPS deben trabajar como centros de costos locales (así sean nacionales), de modo que los dineros se transfieran localmente a un departamento de acuerdo a un mecanismo de ajuste de riesgo, pero dejando el dinero en la región. También, es necesario que las asignaciones de fondos se hagan de acuerdo con las necesidades sociales, es decir, mediante una departamentalización del sistema donde haya numerosos "Fosygas" (regionales) que canalicen las asignaciones de recursos hacia las EPS e IPS regionales. Lo anterior no implica que estas IPS no puedan ser parte de la misma EPS nacional, pero deben trabajar y rendir cuentas localmente. Finalmente, se debe separar la administración (gobierno) de la gestión del presupuesto (autoridades departamentales de salud).

Otra problemática es la relacionada con el diseño del sistema. Para ello se deben analizar los límites de la competencia regulada. En primera medida se tiene la cuestión del tamaño limitado del mercado interno. Algunas áreas, debido a su densidad demográfica o a su densidad en cuanto a servicios (incluyendo los servicios de salud pública), no se pueden manejar de modo eficiente por competencia regulada. En segundo lugar, existen

presuntos desincentivos por parte de las EPS para manejar el cuidado preventivo. Por lo tanto, se debe establecer separadamente la rendición de cuentas para el manejo de la salud y el cuidado preventivo.

Se propone la separación entre la administración y financiamiento de los fondos para el cuidado terapéutico y el cuidado preventivo de la población. En principio las EPS son responsables del cuidado terapéutico y los servicios departamentales de salud (SDS) de la promoción y prevención de la salud. De manera que en lugares donde la competencia no sea viable, puede existir un SDS o una EPS que se encargue de la administración de fondos públicos y sea responsable del cuidado terapéutico de la población. Así, se tendría un servicio departamental de salud que no sea parte de esa administración, en el sentido en que se puede separar la función del gobierno de la administración de los servicios (como la solución británica). Entonces, existiría un SDS donde habría control preventivo y terapéutico, donde ambos podrían comprar servicios del mismo (o de los mismos) proveedor.

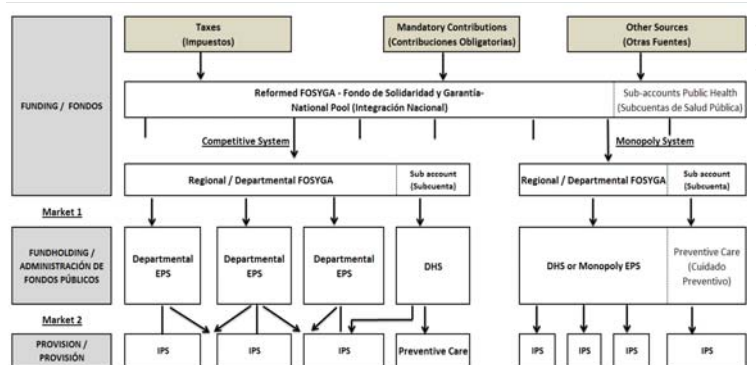
Estudios preliminares muestran que existen departamentos donde no es recomendable seguir con la

competencia regulada (ej. Meta). De esta manera, es posible tener un sistema de salud dual en cuanto a su funcionalidad: competencia en unas zonas y no en otras.

Como tercer cuestionamiento se debe explotar la competencia regulada. Se debe empezar por ampliar la responsabilidad. Hacer seguimiento en cuanto a los que pagan impuestos y los clientes, permitiendo la máxima elección del cliente. También, se debe buscar limitar el poder de monopolio de las IPS y el poder de monopsonio de las EPS, tanto entre éstas, como entre éstas y los clientes.

Las soluciones frente a estos cuestionamientos invitan a limitar el aseguramiento privado voluntario por parte de las EPS y crear representantes de los clientes y del Estado en los consejos de las EPS como parte de sus acuerdos de gobierno. Éstos también ayudarían a mitigar potenciales problemas asociados a la integración vertical entre EPS e IPS.

Este nuevo sistema cuenta con los mismos actores involucrados, pero realinea los objetivos de una forma que permita tener un sistema de salud completamente integrado. ■



Fuente: Dav Chernosky

Ilustración 3: Sistema propuesto

<sup>1</sup> Es preciso hacer una aclaración respecto a la función de los fondos y la financiación, pues existe la tendencia en Colombia a creer que el que tiene el fondo también es el que asegura, eso es falso porque la función principal del que tiene el fondo es el de organizar el consumo, (la administración del consumo), proveer y comprar los servicios de cuidado; mientras que la función del asegurador es completamente secundaria a las otras dos metas.

<sup>2</sup> Esto es en esencia el sistema federal al que se hacía mención previamente.

<sup>3</sup> Teniendo en cuenta que este modelo tiene ciertas ventajas que no se discuten.

<sup>4</sup> Este es un tema controversial en los países en desarrollo, pues se argumenta que las EPS no pueden manejar efectivamente el control preventivo y el cuidado de la población.

<sup>5</sup> Pueden ser muy ricos económicamente pero su densidad demográfica es muy baja.



## ¿QUÉ HACER CON LA SALUD PÚBLICA?

**Gabriel Carrasquilla**  
Director del Centro de Estudios e  
Investigaciones en Salud (CIES)  
Fundación Santa Fe de Bogotá

**E**xisten numerosas definiciones de salud pública. La salud pública no es la prestación de servicios individuales a través de los afiliados a unas empresas aseguradoras (sean del régimen subsidiado o del contributivo). La correcta definición de este concepto trasciende esta idea. La salud pública es una actividad de promoción de la salud, de educación a la comunidad con el fin de generar cambios de vida; es una actividad de intervención de los determinantes de la salud (determinantes de tipo social, ambiental y cultural). La salud pública requiere (a diferencia de la intervención individual) una participación social muy importante y muy activa. De manera que la correcta definición de este concepto va mucho más allá que la simple intervención con vacunas (que es la actividad a la que en muchas ocasiones se reduce esta práctica). Por el contrario, la salud pública es multidisciplinaria e intersectorial, y se complementa con otros aspectos como la vigilancia en salud pública y la

vigilancia epidemiológica. Ambas requieren de una correcta formación de los profesionales que trabajan en salud, orientados hacia la salud pública y hacia la investigación.

Un estudio del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en 1999, muestra los 10 logros más sobresalientes alcanzados durante el siglo XX en ese país. El informe muestra que todos los avances están relacionados entre sí y en muchos casos corresponden a intervenciones de diferentes sectores, reforzando la idea de que la salud pública debe recibir una perspectiva diferente a la de la intervención individual (como funciona actualmente).

Cuando hay buena salud pública, esta se manifiesta de manera silenciosa. En apariencia no está pasando nada: la población está sana, bien alimentada, los niños reciben todas sus vacunas, etc. Irónicamente, esta situación trae consigo problemas en la esfera política, porque los políticos pueden argumentar que dado que la población tiene buena

Tabla 1: 10 logros más sobresalientes alcanzados durante el siglo XX en Estados Unidos.

Vacunación
Seguridad en vehículos a motor
Lugares de trabajo más seguros
Control de enfermedades infecciosas
Reducción de muertes por problemas cardiovasculares e infartos
Alimentos más seguros y sanos
Madres y bebés más sanos
Planificación familiar
Fluorización del agua potable
Reconocimiento del tabaco como factor de riesgo para la salud

Fuente: CDC

salud, los recursos deberían ser direccionados a otros sectores.

Existen diferentes argumentos que intentan mostrar que no existe ningún impacto relevante de las intervenciones en salud pública al tiempo que afirman que estas no son costo-efectivas. Para sustentar la anterior afirmación, se enuncia un caso de la literatura sobre el tema, en el que se especifica que menos del 4% del incremento en la expectativa de vida en Estados Unidos desde el siglo XVIII se debe a intervenciones directas de la medicina. Sin embargo, la anterior argumentación no tiene en cuenta los otros factores (ya mencionados) que tienen influencia sobre el bienestar de la población y que hacen parte de las intervenciones en salud pública.

Para resaltar la importancia de pensar en el largo plazo, cuando se plantean intervenciones en salud pública basta leer a David Hemingway (2010): “Cuando consideramos una inversión en salud pública hoy, que potencialmente puede producir beneficios en el futuro, muchos políticos piensan correctamente que sus administraciones tienen que cargar con los costos pero los beneficios serán recogidos como fruto maduro en el futuro; ellos, por lo tanto, pondrán gran esfuerzo en apagar los incendios de hoy pero relativamente poco esfuerzo en prevenir las conflagraciones de mañana”. Esto explica la mentalidad

cortoplacistas de los tomadores de decisión.

A continuación presento cuatro ejemplos que muestran que las intervenciones en salud pública sí tienen resultados positivos. Escobar, González y Carrasquilla (2002) muestran que hacer pruebas de detección temprana de hipotiroidismo congénito le ahorra al país, en un periodo de 5 meses, 750 millones de

pesos. Girón, Mateus y Castellar (2006) estimaron las diferencias en costo-efectividad de hacer y no hacer intervención educativa para prevenir malaria en Buenaventura, obteniendo resultados positivos a favor de la intervención. Chokshi y Farley (2012) revisaron 401 estudios de intervención clínica, 37 de no clínica y 31 de medio ambiente; los autores encontraron que las intervenciones en medio ambiente son mucho más costo-efectivas que las intervenciones a nivel individual, al tiempo que las intervenciones no clínicas son mucho más costo-efectivas que las intervenciones clínicas a nivel individual. Otro ejemplo: Galvao (2012) mostró que en México cuesta más la obesidad y el sobrepeso que lo que ha asignado en recursos el Seguro Popular.

En Colombia, la atención en salud ha estado concentrada en la medicalización (de la enfermedad) y orientada hacia la rentabilidad de los actores del sistema. Las intervenciones en salud pública se encuentran fragmentadas (entre la nación, los departamentos, las IPS, las aseguradoras, las ARP). Chernichovsky et. al. (2010) y Chernichovsky et. al. (2012) afirman que no existen incentivos para invertir en promoción y prevención por dos razones: (1) es probable que el afiliado decida cambiar su EPS (perdiendo la inversión realizada) y (2) la inversión en promoción y salud

no tiene ganancias inmediatas. Es falso afirmar que la Ley 100 acabó con la salud pública porque esta ley fue hecha para el aseguramiento y nunca abordó el tema de salud pública.

Dentro de las propuestas concretas está reflexionar acerca del tipo de profesional que se está formando en salud pública, las escuelas de salud de pública no están preparando correctamente a los profesionales para enfrentar esta situación. Las reformas al sistema de salud colombiano no han tenido en cuenta la salud pública.

El panorama presenta dos posibilidades: realizar las intervenciones en salud pública con el actual sistema, o llevar a cabo una reestructuración del mismo. Para poder determinar lo anterior se requiere renovar el concepto de salud pública en Colombia, el cual debe hacer parte de una política salud, transversal a todas las demás políticas. De manera que se propone tener un enfoque multidisciplinario, con enfoque de ecosistema e intersectorial, que debe centrarse en los determinantes sociales, culturales y ambientales. La salud pública colombiana debe promover y orientar la equidad, la formación de talento humano, la investigación hacia la toma de decisiones (demostrar la costo-efectividad de la intervención) y la formulación de políticas (fortalecimiento del Instituto Nacional de Salud). Se deben implementar programas comprensivos que promuevan la salud pública (priorizando las iniciativas departamentales).

En definitiva, si se tiene un sistema de salud muy orientado hacia la individualidad (hacia la enfermedad), con una exigencia de rentabilidad inmediata, que no mira la salud como prioridad para la población, ¿cómo se puede orientar la salud pública bajo este panorama? ■





## SUPERVISIÓN, TRANSPARENCIA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

**Sergio Prada**

Investigador Senior  
Centro de Estudios en Protección  
Social y Economía de la Salud  
[siprada@proesa.org.co](mailto:siprada@proesa.org.co)



Fiscalía creará unidad especial para investigar desfalco de la salud”  
EL TIEMPO, 10 de mayo, 2012

“Saludcoop y Famisanar se apoderaron indebidamente de \$2 billones”  
(Contralora Sandra Morelli)  
EL TIEMPO, 24 de mayo, 2012

“Destapan dos modalidades de desfalco al sistema a través de Caprecom”  
EL TIEMPO, 22 de agosto, 2012

Titulares como estos evidencian, de parte de ciertos aseguradores y prestadores, malas prácticas de gobierno organizacional. El presente artículo tiene como objetivo dar al lector bases sobre gobierno organizacional y a partir de eso hacer propuestas concretas ante la encrucijada del sector.

El Gobierno Organizacional es el conjunto de normas y órganos internos mediante las cuales se dirige y controla la gestión de la organización. Un buen gobierno corporativo proporciona mecanismos que aseguren la existencia

y ejecución de acciones que permitan el balance entre la gestión de cada órgano y el control de dicha gestión (ver gráfico 1). Para esto se diseñan un sistema de pesos y contrapesos, de forma que las decisiones adoptadas en cada instancia se realicen en el mejor interés de la entidad, sus accionistas, acreedores, consumidores y demás grupos de interés. Un adecuado gobierno organizacional contribuye de forma crucial al logro de los objetivos sectoriales y organizacionales.

A nivel internacional existe consenso en torno a la necesidad de impulsar buenas prácticas de gobierno corporativo como principio fundamental para la estabilidad y sostenibilidad de las organizaciones. Colombia no ha sido ajena a esta tendencia. Se han hecho avances importantes, especialmente en el sector financiero y en las cámaras de comercio. La superintendencia financiera ha impulsado prácticas de buen gobierno, principalmente después de la crisis del 2007, cuando se logró la adopción de las recomendaciones del

Código de Mejores Prácticas Corporativas de Colombia (o Código País). Confecámaras también tiene en marcha programas a este respecto.

El Código País es un formulario de 80 preguntas que están organizadas en cuatro grandes temas: (i) Asamblea General de Accionistas, (ii) Junta Directiva, (iii) Revelación de Información Financiera y No Financiera, y (iv) Solución de Controversias. Funciona bajo el principio de "cumpla o explique". Este es un mecanismo de autorregulación y autogestión.

No se pueden aplicar los conceptos genéricos de gobierno organizacional al sector salud colombiano sin tener en cuenta sus características particulares. Los esquemas de gobernabilidad y la rendición de cuentas de los administradores de las EPS dependerán en gran medida de la naturaleza jurídica de la entidad. Encontramos una amplia diversidad en esta materia (ver gráfico 2).

Existen unos mínimos con respecto a rendición de cuentas que deben cumplir las EPS e IPS. Uno es la rendición de cuentas financieras dado que el sistema se ha financiado con recursos públicos. También debe haber rendición de cuentas en términos del



Gráfico 1: Objetivos del Gobierno Organizacional

Fuente: DCGC SFC 2010

desempeño de estas entidades tanto en términos de calidad médica como de calidad del servicio (calidad del trato). Por último, está la rendición de cuentas en términos de política pública dado que la prestación de servicios de salud se hace por delegación del Estado.

Una pregunta compleja y que cada organización tiene que responder es ¿quién debe rendir qué cuentas? ¿Y A quién?

Si se habla de los aseguradores, identificamos al menos tres grupos a los que se debe rendir cuentas: a los afiliados (calidad), al Estado (calidad; financiera; política) y si es una entidad privada, a sus dueños (financiera). Ahora,

si es el prestador identificamos cuatro agentes: los usuarios (calidad), al asegurador, como representante del usuario (calidad; financiera), al Estado (calidad; financiera; política) y si es privado, a sus propietarios (financiera).

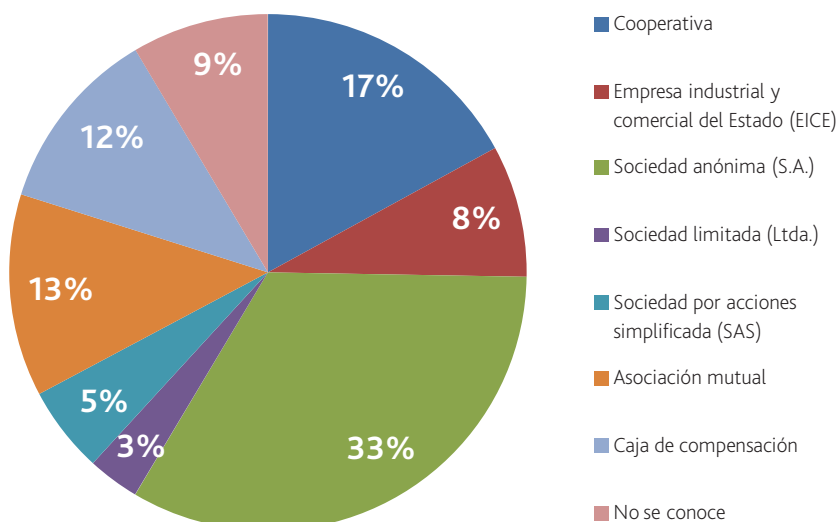
Para saber cómo está el sector salud en términos de Gobierno Organizacional, específicamente en la dimensión de revelación de información, PROESA con el apoyo del Banco Mundial, estudió las siguientes preguntas: ¿Qué tanto saben los afiliados de su EPS? ¿Qué tanta información revelan las EPS de sí mismas en sus páginas web? ¿Qué tanta información revelan las IPS de sí mismas en sus páginas web?

Para responder a la primera pregunta se utilizó la encuesta de Calidad de Vida de 2011. Los resultados (gráfico 3) muestran problemas en el flujo de información EPS-Afiliados.

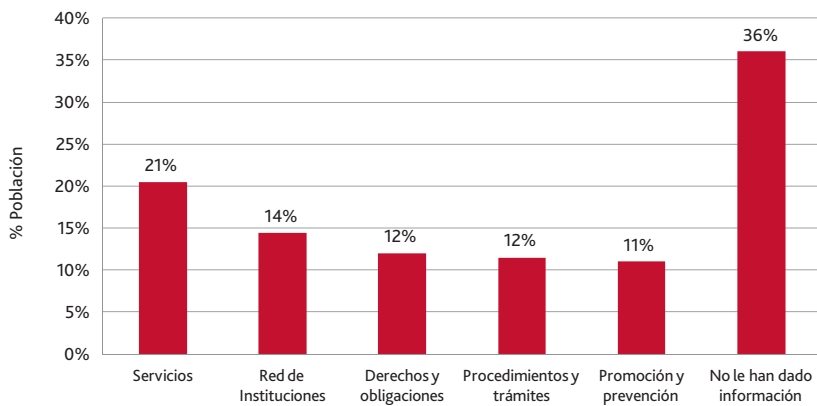
Para responder a la segunda pregunta, PROESA analizó las páginas web de todas las EPS entre septiembre y octubre de 2011. Si bien el ejercicio tiene un alcance limitado, es dicente. Algunos resultados sobre Gobierno Organizacional: el 88% de las entidades publicó su Misión y Visión, el 37% presentaba información de su estructura organizacional y el 16% identificaba miembros de junta.

En cuanto a la revelación de información de estados financieros (ver gráfico 4), el 40% de los afiliados a régimen subsidiado podían encontrar

Gráfico 2: Multiplicidad de entidades jurídicas (EPS Ambos Regímenes - % afiliados en 2011)

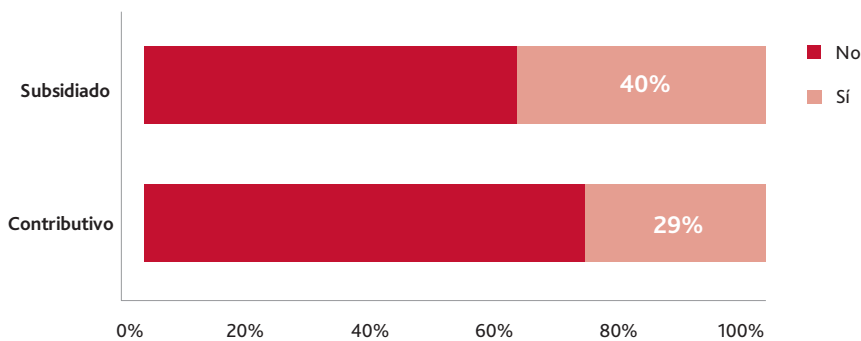


Fuente: Prada y Guerrero (2012)



Fuente: DANE, Encuesta de Calidad de Vida de 2011

Gráfico 3: Tipo de información que han recibido los afiliados (2011)



Fuente: Prada y Guerrero (2012)

Gráfico 4: Revelación de información de las EPS sobre sus estados financieros

### Medicina preventiva: mezcla de regulación y autorregulación



Gráfico 5: Propuestas concretas para superar la encrucijada

información financiera en la página web de su EPS. Sin embargo, en las privadas solo el 29% de los afiliados tenían acceso a esta información.

Para responder a la tercera pregunta, PROESA analizó las páginas web de una muestra representativa de IPS entre septiembre y octubre de 2011. En cuanto a las IPS, los resultados muestran que: sólo 1 de cada 4 tenía página web en 2011, el 72% tenía Misión y Visión, el 16% presentaba información de su estructura organizacional y el 11% identificaba miembros de junta. Sobre la revelación de información de sus estados financieros, sólo el 17% de las privadas y el 14% de las públicas lo hacían.

Es claro entonces que hay problemas de Gobierno Organizacional en el sector. Por eso mi propuesta concreta es una mezcla de regulación y autorregulación (ver gráfico 5). En términos de regulación, Colombia podría adoptar buenas prácticas de regulación y supervisión organizacional exitosas. En autorregulación, vale la pena hacer un código país adaptado a las particularidades del sector. Finalmente, hace parte de la autorregulación tener “buenos” actores del sistema promoviendo buenas prácticas al interior del mismo, es decir, se necesitan “evangelizadores” del buen Gobierno Organizacional. ■

**POLIS**

Observatorio  
de Políticas  
Públicas



## ¿QUÉ ES POLIS?

Somos una unidad académica y de coordinación de la Universidad Icesi que tiene por objeto hacerles seguimiento y evaluación a hechos y decisiones de carácter político y a políticas públicas de interés general o consideradas estratégicas para el desarrollo del Valle del Cauca.

### EQUIPO DE TRABAJO

**Héctor Ochoa.** Ph.D. en Economía y máster en Administración, Universidad de Syracuse. Especialista en Planeación Estratégica y Economía Latinoamericana. Economista, Universidad de Antioquia. Decano de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi.

**Ximena Dueñas Herrera.** Ph.D. en Economía y Educación de la Universidad de Columbia, magíster en Asuntos Internacionales de la misma universidad. Economista de la Universidad de los Andes. Directora del programa de Economía con énfasis en Políticas Públicas, Universidad Icesi. Directora de POLIS.

**Silvana Godoy Mateus.** Economista y negociadora internacional de la Universidad Icesi. Coordinadora del Observatorio de Políticas Públicas - POLIS. Joven Investigadora Colciencias.

**Lina María Sarria.** Estudiante de Economía y Negocios Internacionales. Practicante POLIS.

**Alejandra Rodas Gaiter.** Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas. Universidad Icesi. Monitora POLIS.

**Andrés Villegas.** Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas. Universidad Icesi. Monitor POLIS.

**Mauricio Astudillo.** Estudiante de Economía con énfasis en Políticas Públicas y Administración de Empresas. Monitor POLIS.

**Mateo Arroyave.** Estudiante de Administración de Empresas. Monitor POLIS.



### COLABORADORES DE ESTE NÚMERO

**Adam Wagstaff.** Director del Grupo de Investigación de Desarrollo Humano y Servicios Públicos del Banco Mundial. Doctor en economía de la Universidad de York. Fue editor asociado del Journal of Health Economics. Ha publicado numerosos trabajos sobre diversos temas como financiamiento y reforma de los sistemas de salud, equidad y pobreza, demanda y producción de salud, medidas de eficiencia, y lucha contra las drogas ilícitas.

**Úrsula Giedion.** Es economista de la salud, con numerosas publicaciones nacionales e internacionales. Actualmente es consultora BID y codirectora de la red de conocimiento sobre Planes de Beneficios, un proyecto que estudia sistemáticamente la forma de diseñar los planes de beneficios en salud en diferentes países.

**Everaldo Lamprea.** Es candidato a doctor en Derecho de la Universidad de Stanford. Ha sido Visiting Fellow en el Programa de Derechos Humanos de Harvard. Fue magistrado auxiliar de la Corte Constitucional para el seguimiento de la sentencia estructural de salud.

**Ramiro Guerrero.** Director de PROESA. Se ha desempeñado como director de investigación del Harvard Global Equity Initiative (HGEI) en la Universidad de Harvard, viceministro de Protección Social en Colombia, investigador en Fedesarrollo, y editor de economía de la revista Semana. Es economista de la Universidad de los Andes, máster en Economía del Medio Ambiente de la Universidad de Maryland y en Política Económica de CERDI-Université d'Auvergne en Francia.

**Alejandro Gaviria.** Actualmente es el ministro de Salud. Doctor en economía de la Universidad de California, se ha desempeñado como subdirector de Fedesarrollo y Planeación Nacional y durante siete años ejerció como decano de la Facultad de Economía de la Universidad de los Andes.

**Dov Chernichovsky.** Economista de la Universidad Hebrea de Jerusalén y Ph.D. en Economía de City University of New York. Es profesor en la Universidad Ben-Gurion en Israel, investigador asociado del National Bureau of Economic Research (NBER) y consultor del Banco Mundial. Dirige el Taub Center for the Study of Social Policy, en Israel, y gestiona el Negev Health Forum, para la promoción de la salud, en la región sur de Israel.

**Gabriel Carrasquilla.** Actual director del Centro de Estudios e Investigaciones en Salud (CIES) de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y del programa Así Vamos en Salud. Es médico egresado de la Universidad del Valle, doctorado en Salud Pública en la Universidad de Harvard.

**Sergio Prada.** Investigador sénior de PROESA. Ph.D. en Políticas Públicas (Universidad de Maryland). Economista de la Universidad Javeriana, con maestrías en Economía del Medio Ambiente y los Recursos Naturales y en Administración Pública. Ha sido investigador en Fedesarrollo, D.N.P. y el Ministerio de Hacienda, consultor del BID y el Banco Mundial.

Diseño y diagramación: Gustavo Andrés Álvarez M.

Impresión: Estelar Impresores

Fotografías: Universidad Icesi.