

Flujo de recursos en el Sistema de salud

ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY 052

Yuri Gorbaneff • Sergio Torres • Conrado Gómez • José Fernando Cardona
• Nelson Contreras

Fecha de recepción 04-10-05 • Fecha de aceptación: 06-12-05

Resumen

En 2005 el proyecto 052 se perfiló como el ganador en el proceso de la reforma del Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Durante su tránsito por el Congreso es posible la introducción de modificaciones, pero el estudio de este proyecto permite comprender la filosofía de la reforma, particularmente en lo que se refiere al financiamiento del SGSSS. El proyecto continúa con la compleja arquitectura del sistema, que presenta cuatro circuitos de recursos dentro del mismo. Es un obstáculo para llevar a cabo las acciones de la salud pública colectiva y mejorar el estado de la salud de la población. Cada uno de los cuatro circuitos presenta su propia mezcla del mercado y de la regulación, lo que dificulta el manejo del SGSSS. El proyecto no mejora la competencia entre los actores del sistema, e incluso introduce algunas restricciones a la lógica del mercado, no siempre fundamentadas teórica ni empíricamente. La reforma recompone algunas partidas entre los regímenes, lo que no pone en peligro el equilibrio del régimen contributivo. La reforma va a aumentar los recursos del sistema, lo que debe permitir ampliar la cobertura.

Palabras clave: Proceso de negocios, reingeniería, sistemas de salud.

Summary

Colombia is reforming its health care system (SGSSS). The 052 project of bill appears like a possible winner. The 052 project allows to understand the philosophy of the reform, first of all, the financing mechanism of the SGSSS. The project 052 does not change the complex architecture of the SGSSS. There are four circuits of resources within the SGSSS, which is an obstacle to carry out the public health policy and improve the health of the population. Every one circuits has its own mixture of the market and the regulation, which makes difficult the governance of the SGSSS. The 052 project does not improve the competition between the actors of the system, and introduces more restrictions on the market logic, not always theoretically sound. The reform will increase the global budget of the SGSSS, which allows to give health care protection to more poor people.

Key Words: Negotiation process, re engineering, health care system.



Introducción

Colombia empezó a construir el sistema de salud en la segunda mitad del siglo XX con el sistema nacional de salud. El SNS tenía los problemas de la cobertura y del acceso, que condujeron a sus múltiples reformas y el desmonte en 1993. Este año el SNS fue sustituido por el sistema general de la seguridad social en salud (SGSSS) mediante la famosa ley 100, con el fin de solucionar los problemas más críticos: la baja cobertura, la inequidad en el acceso a los servicios y la ineficiencia. Diez años de funcionamiento del SGSSS mostraron que llegó de sus posibilidades. Los recursos públicos y privados del sector salud en 1994-2000 crecieron en 39,1%, pasando de 6,3% del PIB en 1994 a 8,2% en 2000 (Conpes 2002:3). De manera paradójica, esta inyección de los recursos y la aplicación del mecanismo de mercado no permitieron mejorar sustancialmente la salud de la población ni la cobertura. Por eso en 2004 se presentaron catorce proyectos de la reforma al SGSSS. En 2005 el proyecto 052 se perfiló como el ganador. Durante su tránsito por el Congreso es posible la introducción de modificaciones, pero el estudio del 052 permite comprender la filosofía de la reforma en lo que se refiere al financiamiento del sistema.

El proyecto 052 continua con la compleja arquitectura financiera y con la existencia de cuatro diferentes circuitos de recursos dentro del SGSSS. Tres de estos circuitos corresponden a los tres regímenes de atención: el régimen contributivo, el régimen subsidiado y el tercer régimen que no tiene nombre y consiste en la Red pública de las instituciones prestadoras de salud (IPS) que atienden a los ciudadanos no afiliados a ninguno de los dos regímenes básicos del sistema. Las personas que no pertenecen a ninguno de los dos regímenes básicos, se atienden con los recursos del SGSSS a través de la Red

pública y no tienen garantizado ningún plan de beneficios formalmente definido. El cuarto circuito de recursos corresponde a la salud pública.

Los cuatro circuitos se analizan como los procesos de negocios (Hammer y Champy, 1994; Rodríguez, 2000, Harmon, 2003; Smith, 2003; Jacka, 2002). El análisis organizacional realizado desde la óptica de los procesos de negocios es productivo porque permite una visión sistémica de la organización. Estudiar los procesos de negocios significa apartarse del estudio de las áreas funcionales de la organización y concentrarse en la integración de las funciones y en los resultados que produce el sistema. Tal enfoque implica la descripción de los procesos, su diagramación y su análisis con miras a detectar las posibles inconsistencias en los roles de los agentes, las demoras y el *zigzag* en el flujo de los recursos. Finalmente, se calcula el total de los recursos del SGSSS.

El trabajo tiene su origen en la consultoría, brindada a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por los Programas de Posgrado en Administración de Salud y Seguridad Social de la Pontificia Universidad Javeriana, sobre el estudio de los proyectos de reforma del SGSSS, presentados en 2004-2005. Los resultados de la consultoría fueron presentados en julio-agosto de 2005 ante el Ministerio de la Protección Social y en la sesión plenaria informal del Senado, dedicada a la reforma de la ley 100.

1. El flujo de recursos en el régimen contributivo

Uno de los motivos de la reforma es la compleja arquitectura del flujo de recursos en el sistema, que impone los pasos y retenes innecesarios a los mismos, trámites que no agregan valor y que facilitan prác-

ticas especulativas con los dineros de la salud, haciendo el sistema sensible e indefenso ante la corrupción (Benítez *et al.*, 2005). La reforma introduce algunos cambios en el flujo de los recursos. En la primera columna del Cuadro 1 se reproduce la lista de los recursos que alimentan el régimen contributivo. En la segunda columna se indica el destino de los recursos, o más bien el sitio, donde se acumulan los recursos antes de ser usados para el pago de la prestación de los servicios.

El Diagrama 1A y 1B reproduce el flujo de los recursos dentro del régimen contributivo, utilizando las metodologías del diagrama horizontal (Rodríguez, 2000).

Como se ve en los cuadros 1 y 2 y diagramas 1A, 1B, los afiliados y empleadores pagan 10,3 puntos de la cotización obligatoria de 12% de los ingresos a las EPS (artículo 8). Los afiliados pagan de manera adicional las cuotas moderadoras y copagos (artículo 21). La tercera fuente es 0,25 puntos de la coti-

zación de 12% que va directamente a la cuenta de las incapacidades por las enfermedades generales en las EPS (artículo 8). Una vez cobradas las cotizaciones obligatorias, las EPS realizan la compensación, quiere decir se quedan con una UPC por cada afiliado y devuelven el exceso a la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo de Fosyga (artículo 21).

Cuando los aportes que reciben las EPS, no alcanzan a representar una UPC por afiliado, las EPS reciben la diferencia de la misma subcuenta de compensación interna del régimen contributivo del Fosyga. Dentro del régimen contributivo funciona el principio de solidaridad. Los afiliados a este régimen contributivo pagan poco o mucho, siempre según sus ingresos, y a pesar de las diferencias de aportes, reciben el mismo POS contributivo. Quiere decir, los afiliados con mayores ingresos ayudan a aquellos con menores ingresos y todos en forma solidaria pagan los servicios de la salud para los afiliados al régimen contributivo.

CUADRO 1
RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR EL ORIGEN Y EL DESTINO

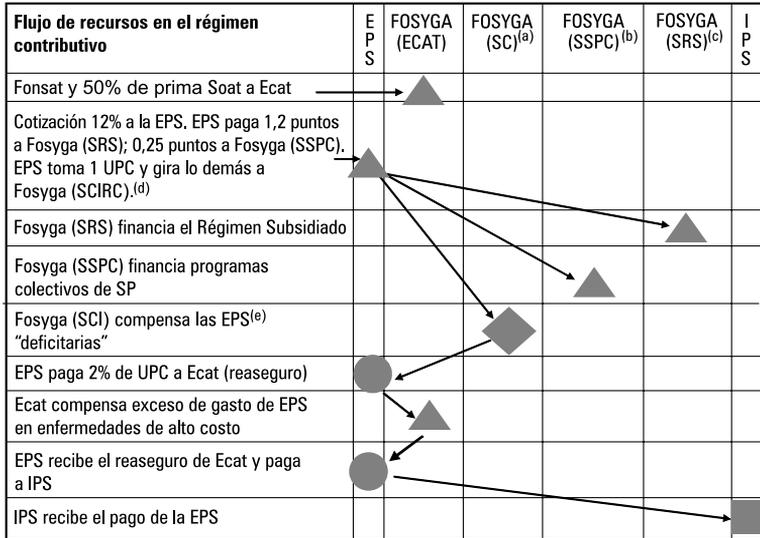
Origen de los recursos	Destino de los recursos
Afiliados y empleadores pagan 0,25 puntos de 12% de cotización para las incapacidades por enfermedad general (art. 8)	EPS
Afiliados y empleadores pagan 10,3 puntos de 12% de cotización (art. 8)	EPS, para fines de la compensación con Fosyga (subcuenta compensación interna) EPS
Afiliados pagan copagos y cuotas moderadoras (art. 8)	Fosyga (subcuenta Ecat)
Fonsal paga los recursos según decreto 1032/1991 (art. 14)	Fosyga (subcuenta Ecat)
Los compradores de Soat pagan el equivalente a 50% de la prima de Soat (art. 14)	

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.



DIAGRAMA 1A

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. DIAGRAMA HORIZONTAL



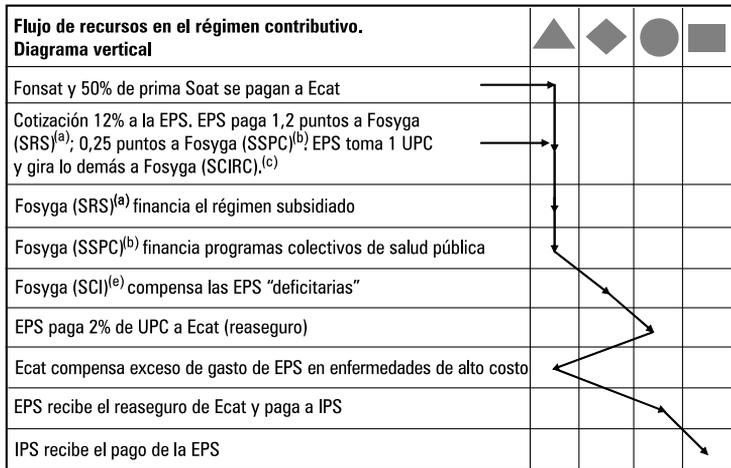
- (a) Subcuenta compensación (SC)
- (b) Subcuenta de salud pública colectiva (SSPC)
- (c) Subcuenta régimen subsidiado (SRS)
- (d) Subcuenta de compensación interna del régimen contributivo (SCIRC)
- (e) Subcuenta compensación interna (SCI)

Convenciones. El triángulo significa el almacenamiento, acumulación. El rombo la toma de decisión. El círculo la operación. El cuadrado la revisión final. Se puede hacer el mismo ejercicio con la metodología del diagrama vertical, como en el Diagrama 1B.

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

DIAGRAMA 1B

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. DIAGRAMA VERTICAL



- (a) Subcuenta régimen subsidiado (SRS)
- (b) Subcuenta salud pública colectiva (SSPC)
- (c) Subcuenta compensación interna régimen contributivo (SCIRC)

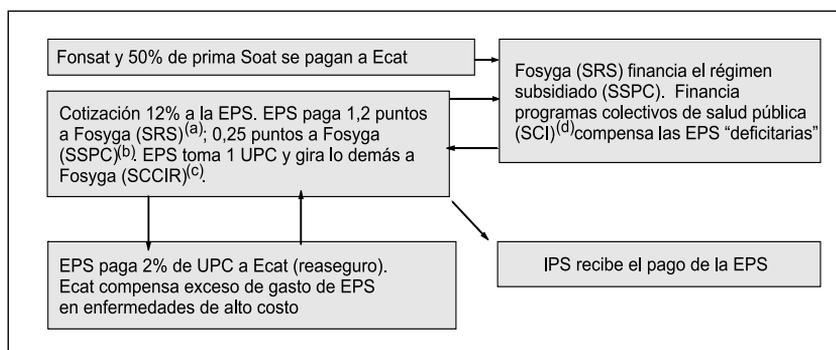
- (d) Subcuenta salud pública colectiva (SSPC)
- (e) Subcuenta compensación interna (SCI)

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.



CUADRO 2

FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO O SUBSIDIADO. DIAGRAMA DE BLOQUES



- (a) Subcuenta régimen subsidiado
 (b) Subcuenta salud pública colectiva
 (c) Subcuenta compensación interna del régimen contributivo

- (d) Subcuenta compensación interna

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

El proceso de la compensación crea incentivos para las EPS “superavitarias” de demostrar en saldar sus cuentas con Fosyga y tratar de obtener la utilidad financiera de las cotizaciones. Para que no ocurre esto, el proyecto 052 es claro en establecer que los rendimientos financieros, generados por las cotizaciones, son propiedad de Fosyga, y no de las EPS que recaudan las cotizaciones (artículo 13). Esta norma protege el dinero público, pero genera el desincentivo para las EPS en cuanto a invertir los recursos con inteligencia, mientras los mantienen en sus cuentas.

Las EPS pagan 2% de la UPC a la subcuenta de eventos catastróficos y enfermedades de alto costo Ecat de Fosyga (artículo 14). Es el reaseguro que normalmente éste asume la forma del exceso de pérdida. Si bien este término es algo confuso, significa algo simple. Cualquier aseguradora está preparada en compensar a sus clientes en el caso del siniestro. Para la aseguradora es la pérdida normal y planeada. Cuando la pérdida supera lo previsto y lo presupuestado, se vuelve “excesiva”. De aquí viene el término del “exceso de pér-

da”. Las aseguradoras se reaseguran con las reaseguradoras contra el “exceso de pérdida”.

La mecánica del reaseguro consiste en que las EPS, para protegerse contra el riesgo de pagar las sumas inesperadas por las enfermedades de alto costo, compran el reaseguro, que por lo general asume la forma del reaseguro del exceso de pérdida. Al comprarlo, las EPS responden ante los usuarios por cierto valor de la pérdida previsible que se llama la «retención neta». Significa que esta parte de la pérdida total es la responsabilidad exclusiva de la EPS. A su vez la EPS retiene, o absorbe esta pérdida por cuenta propia (Reinarz, 1978:96). El valor de la retención neta se pacta con la reaseguradora. Lo que supera la retención neta, también lo paga ella.

Se plantean dos preguntas. Primero, ¿de dónde surgió el número mágico de 2% y será suficiente esta prima para el reaseguro? Segunda: ¿hasta dónde se extiende la responsabilidad del reasegurador? En la práctica comercial su responsabilidad no es ilimitada. Cuando los pagos superan el valor combi-

nado de la retención neta (la responsabilidad de la aseguradora primaria) y de la responsabilidad del reasegurador, la diferencia revierte otra vez a la compañía primaria. El reaseguro de exceso de pérdida es un procedimiento complejo. Para establecer la retención neta (la parte de la responsabilidad que la aseguradora primaria retiene, o absorbe, por cuenta propia) es necesario por parte del reasegurador, prestar suma atención al índice promedio de los gastos de la aseguradora primaria. Hay que fijar esta retención neta de tal manera que no quede garantizado un beneficio para ella.

Para que el contrato de exceso de pérdida funcione en forma debida, es indispensable crear los mecanismos para imputar, tasar y calcular la pérdida, a fin de averiguar con exactitud cuál es la responsabilidad del reasegurador (Reinarz, 1978:71-96). Tales mecanismos no están previstos en el SGSSS. Todo el tema simplemente se remite al CNSSS que deberá establecer la regla de pago del exceso de costo (artículo 28).

La reglamentación puede ser insuficiente. Más que la reglamentación, el reasegurador necesita la gestión que está por fuera de la competencia de la subcuenta Ecat de Fosyga. Sin la gestión apropiada el reasegurador puede caer víctima del oportunismo de las EPS a raíz del problema de la acción oculta, o riesgo moral, en el lenguaje de la teoría de principal agente (Jensen y Meckling, 1976). El riesgo moral es originado por la aseguradora primaria que se siente protegida y comienza a aceptar los riesgos que sin el reaseguro no lo hubiera hecho. Al fijar la tasa que la aseguradora primaria paga al reasegurador, éste estudió la política de riesgo de aquella. Cualquier cambio de esta política invalida, hasta cierto punto, el carácter justo de la tasa. Ambas partes deben adoptar medidas que

reduzcan este peligro (Reinarz, 1978:94). Según el proyecto 052, el espacio del reaseguro, en el que podría operar el mercado, se cierra en sentido administrativo.

El Estado establece y paga a las EPS la prima de seguro por la atención de los usuarios y es el reasegurador para las EPS. De esta manera las funciones del aseguramiento que cumplen las EPS siguen siendo reducidas.

Finalmente los recursos llegan a las IPS contratadas por las EPS para la prestación de servicios. Llama la atención la restricción de la integración vertical patrimonial EPS-IPS. Las EPS no podrían contratar con la red propia más del 30% del total de los servicios (artículo 27). El objetivo de esta restricción es el de garantizar la igualdad de condiciones para las IPS en sus negociaciones con las EPS y promover la competencia.

Sin embargo, dicha medida no puede lograr su objetivo por dos razones. Primero, desde hace cincuenta años se demostró que las alianzas verticales no contribuyen a construir la posición dominante ni restringir la competencia (Corwin, 1953). El motivo de la integración vertical no es el de lograr la posición dominante sino disminuir los costos de transacción. Según Coase (1937), los gerentes pueden optar por ampliar el tamaño de su firma, interiorizando aquellas transacciones, cuya realización dentro de la organización resulta más barata que en el mercado.

Segunda razón, porque la medida no va a lograr su objetivo, es la imposibilidad de monitorear ni imponerla. Se puede restringir la integración vertical patrimonial, pero no las alianzas estratégicas. Las alianzas estratégicas, o los híbridos (Williamson, 1991), cumplen el mismo papel que la integración vertical patrimonial, que consiste en dismi-

nuir los costos de transacción en las condiciones de la racionalidad limitada, del oportunismo y de la inversión específica. (Dussauge y Garrette, 1999; Yoshiko y Rangan, 1996:22; Jordan, 1993; Marzorati, 1996:14-16). Dicha restricción puede disminuir la poca transparencia del mercado de salud y elevar los costos de transacción.

La reforma disminuye el volumen de los recursos del régimen contributivo porque según la ley 100, los usuarios pagaban 1 punto de la cotización de 12% como un aporte de la solidaridad con el régimen subsidiado, mientras que según el proyecto 052 propone transferir este régimen 1,2 puntos (artículo 16). Parece que el aumento de 0,2 puntos de solidaridad no va a afectar las finanzas del régimen contributivo.

Como muestra el balance de Fosyga de 2004, los ingresos y gastos planeados fueron de 6.1 billones, pero el recaudo en efectivo fue de 6.3 billones. Los ingresos no aforados fueron de 275.000 millones. Los ingresos no aforados constituyen 4% de los ingresos y gastos presupuestados. Al continuar con el ejercicio, cabe la pregunta: ¿Qué porcentaje de los ingresos del régimen contributivo construyen los 0,2 puntos adicionales de la cotización de 12%? La regla de tres muestra que 0,3 puntos corresponden a 1,67% de los ingresos del régimen contributivo. Quiere decir, los ingresos no aforados del régimen contributivo en 2004 fueron más grandes que de 0,2 puntos adicionales (Fisalud, 2005).

Los recursos del régimen contributivo también se disminuyen por cuenta del cambio

CUADRO 3
RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ORIGEN Y DESTINO

Origen	Destino
Afiliados y empleadores pagan 1,2 puntos de solidaridad de 12% de cotización y aportes de regímenes exceptuados (art. 16)	Fosyga (subcuenta régimen subsidiado)
Cajas de compensación pagan según art. 217, ley 100 (art. 16)	Fosyga (subcuenta régimen subsidiado)
Presupuesto nacional paga un aporte que empieza desde 420.000 millones de pesos, hasta igualar 1,2 puntos de cotización de afiliados y empleadores (art. 10, 16)	Fosyga (subcuenta régimen subsidiado)
Impuesto de remesas de petroleras Cusiana, Cupiagua y los campos nuevos pagan según el art. 16	Fosyga (subcuenta régimen subsidiado)
Sistema general de participaciones en salud paga 65% del SGP. Conpes establece la regla de distribución (art. 9)	Fiducias locales
Etesa paga 93% del monopolio de juegos de azar (art. 10)	Fiducias locales
Se aportan los recursos propios de las entidades territoriales (art. 10)	Fiducias locales
De paga 30% de las rentas cedidas (art 10)	Fiducias locales

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.



de destino de los dineros de la salud pública individual. Según la ley 100, los recursos de la salud pública individual se acumulaban en la cuenta de promoción de Fosyga y se entregaban a las EPS a razón de una cantidad fija por persona afiliada. La reforma propone realizar las actividades de la salud pública individual con cargo a la UPC, sin los pagos extra a las EPS. Los 0,25 puntos de la cotización de 12%, segunda ley 052, van a pagar la salud pública colectiva (artículo 15).

2. El flujo de recursos en el régimen subsidiado

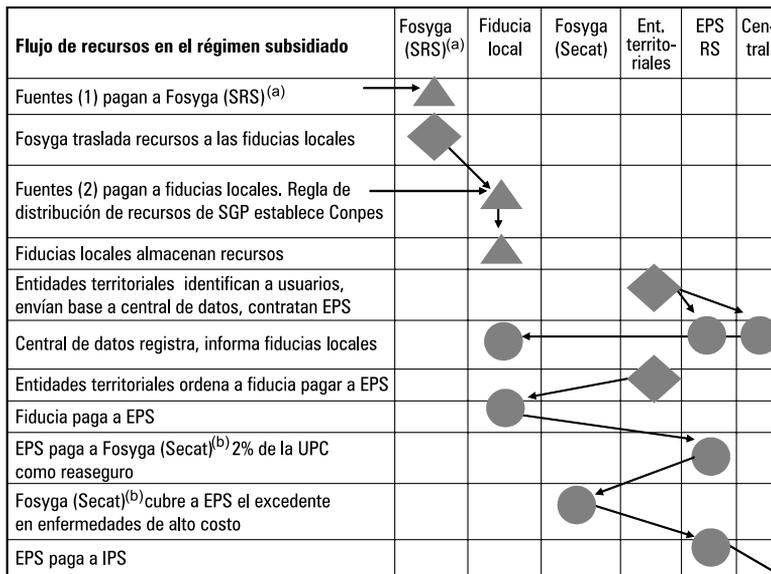
La primera columna del Cuadro 3 presenta la lista de los recursos que alimentan el régimen subsidiado. La segunda indica el desti-

no, o el lugar de la acumulación de los recursos dentro del subsistema, antes de ser gastados para la prestación de los servicios.

El flujo de los recursos del régimen subsidiado se representa en el Diagrama 2A, que utiliza la metodología del diagrama vertical. El mismo ejercicio se hace en el Diagrama 2B con base en la metodología del diagrama horizontal.

Como se observa el Cuadro 3 y diagramas 2A y 2B existen ocho fuentes de financiamiento del régimen subsidiado que se puede clasificar en dos bloques según el destino. El primer bloque (1,2 puntos de solidaridad, los aportes de las cajas de compensación, el pago del presupuesto nacional equivalente a 1,2 puntos mencionados y el impuesto de

DIAGRAMA 2A
FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. DIAGRAMA HORIZONTAL



(a) Subcuenta régimen subsidiado (SRS)

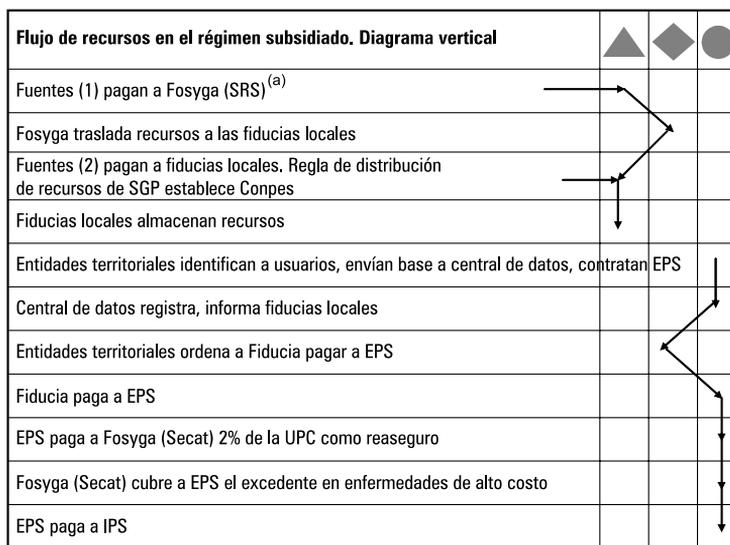
(b) Subcuenta Ecat (Secat)

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

Convenciones. En los diagramas el triángulo significa el almacenamiento, o la acumulación. El rombo la toma de decisión. El círculo la operación. El cuadrado la revisión final.



DIAGRAMA 2B
FLUJO DE RECURSOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. DIAGRAMA VERTICAL



(a) Subcuenta régimen subsidiado (SRS)

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

remesas petroleras) va a la subcuenta del régimen subsidiado de Fosyga (artículo 16). De la subcuenta del régimen subsidiado los recursos se distribuyen a las fiducias que las entidades territoriales escojan. La regla de la distribución es establecida por parte del CNSSS (artículo 16).

El segundo bloque de recursos (sistema general de participaciones en salud, Etesa, recursos propios de las entidades territoriales y rentas cedidas a las entidades territoriales) va directamente a las fiducias locales. La regla de la distribución de los recursos del sistema general de participaciones en salud es establecida por el Conpes (artículo 9).

Se perfilan dos entidades (CNSSS y Conpes) con las funciones semejantes de la distribución de los recursos a las fiducias de entidades territoriales. El CNSSS tiene a su cargo la distribución de los recursos que se acumulan en Fosyga (subcuenta del régimen

subsidiado), mientras que el Conpes distribuye los recursos que vienen del sistema general de participaciones en salud. La duplicidad de las funciones puede crear fricciones en el sistema.

El proyecto crea la figura de las fiducias locales para eliminar los abusos en el manejo de los recursos del régimen subsidiado. La mejora de la disciplina fiscal puede costar caro, porque todos los recursos del régimen subsidiado van a pagar la comisión de la fiducia por lo menos una vez, en Fosyga o en la fiducia local. Y los recursos del primer bloque (1,2 puntos de solidaridad, los aportes de las cajas de compensación, el pago del presupuesto nacional equivalente a 1,2 puntos mencionados y el impuesto de remesas petroleras) van a pagar la comisión tanto en Fosyga, como en las fiducias locales. La teoría de sistemas explica la situación. Cuando los legisladores establecen dos fiducias, ellos reaccionan a la indisciplina fiscal de gobier-



nos locales. La intención es válida, pero la causa del problema no está en el SGSSS. La falla ocurre en el subsistema de control, y por ello se debe actuar sobre este subsistema.

Mientras se surten las fiducias locales, las entidades territoriales empiezan la “sisbenización” y el registro de los beneficiarios. Realizado este trabajo, las entidades territoriales informan a la central nacional de datos sobre las personas elegibles para los subsidios totales y parciales (artículo 22). El registro único de los beneficiarios del régimen subsidiado es el soporte para que las fiducias locales paguen los contratos de las entidades territoriales con las EPS del régimen subsidiado (artículo 22). Una vez terminado el registro de los beneficiarios y consignados los recursos en las fiducias locales, las entidades territoriales proceden a contratar a las EPS del régimen subsidiado. Las fiducias pagan los contratos con las EPS del régimen subsidiado por orden de las entidades territoriales.

Se replantea la idea de los subsidios parciales, que pueden ser utilizados para cofinanciar con el mismo usuario o su gremio la UPC correspondiente al régimen contributivo o subsidiado (artículo 3). La idea de los subsidios parciales como instrumento de cofinanciación imita la compensación entre los usuarios de diferentes ingresos en el régimen contributivo y puede ser una opción interesante de ampliar la cobertura con base en los POS contributivo y subsidiado existentes, así como aumentar los recursos del SGSSS.

El esquema del régimen subsidiado se hace confuso cuando los recursos entran en las EPS de este régimen. Las EPS del régimen subsidiado no tienen la función de la afiliación de los usuarios porque reciben las cohortes de los beneficiarios registrados por parte de las entidades territoriales. Tampoco necesitan hacer el proceso de la compensa-

ción, porque reciben los recursos correspondientes directamente de las fiducias locales. El reasegurador para el régimen subsidiado es la subcuenta Ecat de Fosyga, igual que para el régimen contributivo. Las EPS del régimen subsidiado contratan a las IPS, y en este proceso tienen menos libertad que las EPS del régimen contributivo.

Además de la prohibición de contratar más de 30% con la red propia, las EPS del régimen subsidiado tienen que hacerlo 65% de los servicios con la red pública (artículo 18). De esta manera en el régimen subsidiado, el Estado es el actor principal. El Estado registra a los usuarios y los entrega en una bandeja de plata a las EPS. El Estado define la prima del seguro (la UPC) y la entrega a las EPS. El Estado mismo reasegura a las EPS. Finalmente las EPS contratan 65% de los servicios con el Estado, representado por la red pública. Las EPS del régimen subsidiado aparecen como la quinta rueda en el carro que no agrega el valor. Es un costoso adorno que simboliza el mercado donde el mercado no existe.

Los autores del SGSSS intuyen que las EPS del régimen subsidiado disfrutan de una posición especial, por lo cual el artículo 20 establece la lista de las entidades que pueden operar como EPS del régimen subsidiado: las entidades públicas, las entidades privadas sin ánimo de lucro, las cajas de compensación familiar y las empresas solidarias de salud. Esta restricción, si bien reconoce la existencia de un problema ético, no lo resuelve. La función central de las EPS de ambos regímenes es el aseguramiento (artículo 20), ellas deben tener el incentivo de maximización de las utilidades. En todo caso, tomando en cuenta que las EPS del régimen subsidiado no deben tener el afán de lucro, el sistema debería indicar de que manera las ganancias de las EPS del régimen subsidiado revierten al SGSSS.

3. El flujo de recursos hacia la red pública

Según el Cuadro 4 y Diagrama 3, el circuito de la red pública es el más transparente entre los tres. Es un régimen estatizado donde lo que se paga es la oferta de los servicios, no la prestación efectiva de los mismos. Su financiamiento proviene de las rentas cedidas, los recursos propios, la contratación obligatoria de 65% de las EPS del régimen subsidiado, el sistema general de participaciones en salud, y los excedentes de Ecat (artículos 9, 11), que van a la red pública directamente o a través de los fondos territoriales de salud. La arquitectura del régimen es sencilla y clara. Se reconoce que la red pública no emplea el mecanismo de mercado y no se hacen intentos de ocultar esta realidad. El bombeo de los recursos directamente a las IPS públicas crea en su gerencia la sensación de invulnerabilidad frente a las presiones del ambiente (Johnson y Scholes, 2001:417-430). Los intentos de disciplinar la red pública y obligarla a responder a las exigencias de los *stake holders* y ser eficiente, presentan ciertas dificultades porque tropiezan con altos costos de transacción.

3.1 El flujo de recursos en el circuito de salud pública

Como se ve en el Cuadro 5 y Diagrama 4, el financiamiento de los servicios de la salud

pública colectiva proviene de las fuentes que se puede dividir en dos bloques. El primero (0,25 puntos de la cotización obligatoria al régimen contributivo, el impuesto a las armas) alimenta la subcuenta de salud pública en Fosyga (artículo 15). Estos recursos se distribuyen a los fondos territoriales de salud (artículos 6, 7). Los recursos totales de la salud pública crecen. Los 0,25 puntos de la cotización del 12%, que según la ley 100, se acumulaban en la subcuenta de promoción del Fosyga y se utilizaban para las actividades de la salud pública individual realizadas por las EPS, según el proyecto de ley 052, salen del régimen contributivo y van a pagar la salud pública colectiva. El segundo bloque está conformado por los recursos del SGP, que van directamente a los fondos territoriales de salud, distribuidos por el Conpes (artículo 9).

Una vez consignados en los fondos territoriales de salud, los recursos se usarán para pagar los contratos de las entidades territoriales con la red pública (artículo 40). El hecho de que las entidades territoriales contraten la red pública para la ejecución de determinadas actividades, significa el empleo del mecanismo de cuasi mercado, el cual se espera, discipline a la red pública.

El circuito de la salud pública, siendo lógico internamente, presenta dificultades para jalar la misión de la salud pública (artículos

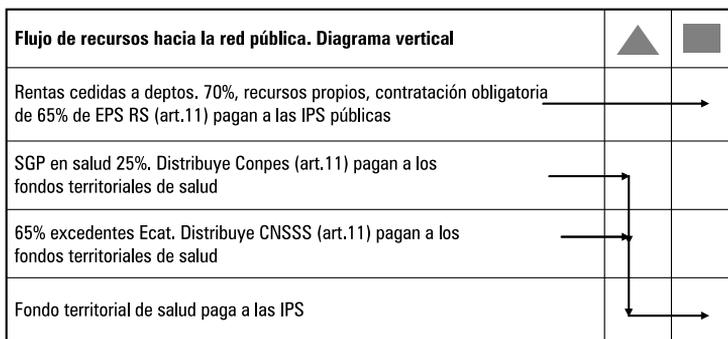
CUADRO 4
RECURSOS DE LA RED PÚBLICA POR ORIGEN Y DESTINO

Origen	Destino
70% de las rentas cedidas; recursos propios; contratación obligatoria 65% de EPS del régimen subsidiado (art. 11)	Red pública
Sistema general de participaciones en salud 25% distribuye Conpes (art. 9); 65% de excedentes Ecat distribuye CNSSS (art. 11)	Fondos territoriales de salud

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.



DIAGRAMA 3
FLUJO DE RECURSOS HACIA LA RED PÚBLICA. DIAGRAMA VERTICAL



Convenciones. En los diagramas el triángulo significa el almacenamiento, o la acumulación. El rombo la toma de decisión. El círculo la operación. El cuadrado la revisión final.

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

CUADRO 5
RECURSOS DE SALUD PÚBLICA SEGÚN EL ORIGEN Y DESTINO

Origen	Destino
Afiliados y empleadores pagan 0,25 puntos de 12% de cotización (art. 8, 15)	Fosyga (subcuenta salud pública colectiva)
Impuesto a las armas de fuego (art. 15)	Fosyga (subcuenta salud pública colectiva)
Sistema general de participaciones en salud paga 10% de sus recursos a fondos territoriales de salud. Conpes establece la regla de distribución (art. 9)	Fondos territoriales de salud

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

37, 38). El circuito no garantiza la integralidad de la atención en cuanto a la educación, fomento de la salud, promoción de los factores protectores, vigilancia epidemiológica, control de factores de riesgo biológicos, del comportamiento, consumo y ambiente, así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mediante acciones individuales y colectivas (artículo 37).

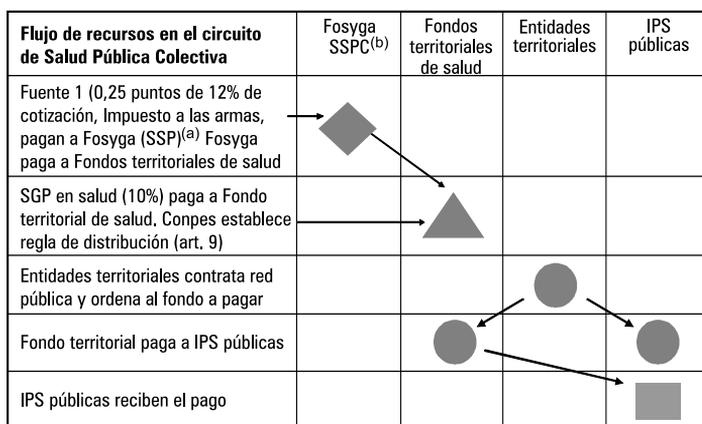
La integralidad de la salud pública sufre por dos razones. Primero, porque el SGSSS trata a la población no como un todo sino de manera estratificada, dividida en tres categorías según los ingresos (régimenes contri-

butivo, subsidiado y los usuarios de la red pública), mientras que la idea misma de la salud pública no admite tal estratificación. Segundo, porque los servicios de la salud pública individual están separados de los colectivos. La salud pública colectiva es la responsabilidad del Estado, mientras que las acciones de salud pública individual corren por cuenta de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado (artículos 39, 40).

Se supone que las actividades colectivas de salud pública tienen una alta externalidad positiva, mientras que las acciones individuales de salud pública tienen una baja ex-



DIAGRAMA 4
FLUJO DE RECURSOS EN EL CIRCUITO DE SALUD PÚBLICA COLECTIVA.
DIAGRAMA HORIZONTAL



(a) Subcuenta de salud pública (SSP)

(b) Subcuenta de salud pública colectiva (SSPC)

Convenciones. En los diagramas el triángulo significa el almacenamiento, o la acumulación. El rombo la toma de decisión. El círculo la operación. El cuadrado la revisión final.

Fuente: Proyecto de ley 052, 2005.

ternalidad positiva. Por eso mejor que el primer grupo esté a cargo del Estado, mientras que el segundo a cargo de las EPS. En la práctica la línea divisoria entre las acciones individuales y colectivas resulta invisible, y la responsabilidad de la salud pública se deposita en el Estado. Si bien la ley habla de la obligatoriedad de la prestación del servicio de salud pública individual por parte de las EPS del régimen contributivo y subsidiado, no se identifican los flujos de recursos concretos, excepto que la prestación de la salud pública individual se debe hacer con cargo a la UPC (artículo 39). Claro que en el contexto del aseguramiento la promoción y prevención es una actividad que a largo plazo disminuye los costos de las aseguradoras. Si la promoción es parte integral del negocio del aseguramiento, se debe pagarla con cargo a la UPC. En este caso se justifica entregar los 0,25 puntos de

la cotización del 12% a la salud pública colectiva. Pero el legislador no resuelve el problema de los incentivos. Las EPS realizarán actividades de la salud pública individual solo si pueden asegurar la apropiación de los frutos de sus esfuerzos. Como esta apropiación no se garantiza, se puede esperar el comportamiento oportunista por parte de las EPS (Olson, 1992).

4. Competencia entre los agentes

El proyecto de ley 052 además de que no incentiva la competencia entre los agentes del SGSSS, sino trata de disminuirla. Es el espíritu de la propuesta del manual de tarifas (artículo 30) que apunta a restringir la competencia. Es cierto, que las probabilidades de que esta medida tenga éxito, son mínimas. Lo que se pretende con el propuesto piso tarifario, es



un cartel, pero imponer la disciplina entre los miembros de un cartel es una tarea difícil (Stigler, 1964). El proyecto tampoco incentiva la competencia entre las aseguradoras. El bajo nivel actual de esta competencia es explicable y se debe a que el precio del POS está dado de manera erógena.

Las EPS no pueden competir con el precio, y la única manera de competir que les queda es con la calidad. El problema consiste en que transmitir la información sobre la calidad es más complejo y costoso que la información sobre los precios, debido a la existencia de los costos de transacción. Si se quiere estimular la competencia entre las aseguradoras, el Estado tiene que hacer lo posible para disminuir los costos de transacción. Concretamente, es necesario crear el sistema de información. El artículo 47 que habla de este sistema (anterior SIIS, actual Sispro) quedó corto, frente al reto de disminuir los costos de transacción. El SIIS debería proporcionar la información pública de fácil acceso sobre la calidad de atención y el estado de salud de la población en diferentes EPS, la calidad de atención y los resultados de tratamientos en las IPS que forman parte de las redes de las EPS, así como sobre el trabajo de prevención y promoción que realizan diferentes EPS. Una vez garantizada esta información, se deberían revisar los obstáculos existentes a la libre elección y la movilidad de los usuarios entre las EPS.

5. El monto de los recursos del SGSSS en 2004

Como se ve en el Cuadro 6, el monto de los recursos del SGSSS en los tres regímenes curativos (contributivo, subsidiado y la red pública), y la salud pública superó 11.1 billones de pesos (pesos corrientes de 2004).

Los resultados del cálculo arriba reproducido se confirman por los datos publicados por la Contraloría (Campos, Rivera y Castañeda, 2004), que figuran en el Cuadro 7.

De los 14.8 billones de pesos que tenía el SGSSS en 2003 (Campos, Rivera y Castañeda 2004), 11 billones de pesos corresponden al gasto puramente público, sin tomar en cuenta la medicina prepagada y el gasto de bolsillo. Si se resta de esto la salud pública colectiva, quedarían 10.6 billones exclusivamente para el aseguramiento en 2003. Esto quiere decir, en 2004, con el IPC de 6%, que este valor debería quedar en 11.2 billones. Este número (11.2 billones) se acerca al monto de los recursos del SGSSS que se obtuvo en el Cuadro 6 (11.1 billones).

El monto de los recursos de SGSSS es comparable con lo que el presupuesto general de la nación asigna para las inversiones, que en 2004 fue de 13.9 billones (Informe del Gobierno al Congreso, 2005). Para saber, cuántas personas pudo haber atendido el SGSSS con el POS contributivo, hay que tomar la cantidad total de los recursos del aseguramiento del SGSSS en 2004 (11.1 billones, según el Cuadro 9) y dividirlos sobre la población que en 2003 era de 43.7 millones y no debió variar mucho en 2004. El resultado es de 254.845 pesos. Si se compara este resultado con el precio del POS, es decir, con la UPC.

Según CNSSS (2003), la UPC contributiva para 2004 se estableció en 346.271,44 pesos, y la UPC subsidiada en 191.821,00 pesos. Los recursos del SGSSS en 2004 (11.1 billones) no alcanzaban a cubrir toda la población con el POS de primera clase, pero estos recursos sí llegaban a cubrir 100% de la población con una combinación de los POS contributivo y subsidiado.

CUADRO 6
RECURSOS DEL SGSSS EN 2004, SEGÚN EL PROYECTO DE LEY 052
(PESOS DE 2004)

12% de ingresos al RC (art. 14). Se consolidan en Fosyga (subcuenta de competitividad)	6.2 billones
Fonsat según decreto 1032/1991 (art. 28) y 50% de la prima Soat (art. 28). Se consolidan en Fosyga (subcuenta Ecat)	350 millones
Impuesto a las armas y municiones (art. 21) y presupuesto nacional plan ampliado de inmunización (PAI), tuberculosis, malaria (art. 21). Se consolidan en Fosyga (subcuenta de promoción)	240 mil millones
SGP en salud (3 billones en 2004) paga 10% (art. 15, 22) a Focos (subcuenta global salud pública colectiva)	307 mil millones
SGP en salud (3 billones) paga 65% (art. 15, 17, 24) a Focos (subcuenta territorial individual). No se contabilizaba en Fosyga y se mandaba a entidades territoriales directamente	1.99 billones
Cajas de compensación (art. 17, 23) pagan 69.000 millones de pesos, presupuesto nacional, paga 420.000 millones de pesos (= 1,3 puntos de cotización, art. 17, 23); impuestos de remesas petroleras (art. 17, 23) contabilizados en Fosyga (subcuenta solidaridad)	1.1 billones
Etasa un porcentaje de monopolio de juegos de azar (art. 24)	35 mil millones
Recursos propios de entidades territoriales a Focos (art. 17, 24) y directamente a red pública (art. 30) y régimen subsidiado	200 mil millones
Rentas cedidas: 40% a Focos (art. 17, 24) y 40% a la red pública (art. 30)	500 mil millones
SGP en salud (3 billones de pesos) paga 25% mediante fondos territoriales de salud (art. 15), directamente (art. 30) a la red pública	766 mil millones
Total recursos en el SGSSS en 2004 con salud pública	11.7 billones
Total recursos en el SGSSS en 2004 sin salud pública	11.1 billones

Fuentes: Fisalud, 2005; Conpes, 2005; Toro, 2005.



CUADRO 7
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DE SGSSS EN 2003

Recursos del SGSSS de 2003 (Miles de pesos corrientes de 2003)	
Oferta	
SGP	1.243 billones
Rentas cedidas	686 mil millones
Etesa	110 mil millones
Salud pública	
SGP	338 mil millones
Fosyga	28 mil millones
PGN	70 mil millones
Subsidios a la demanda	
SGP	1.454 billones
Fosyga	906 mil millones
CCF	40 mil millones
Otros	30 mil millones
Régimen contributivo	5.858 billones
Ecat	245 mil millones
Gasto del bolsillo	2.635 billones
Medicina prepagada y seguros	1.161 billones
Total SGSS en 2003	14.804 billones

Fuente: Campos, Rivera y Castañeda, 2004.

Conclusiones

El SGSSS, según el proyecto 052, presenta cuatro circuitos aislados de recursos que reflejan una visión estratificada de la sociedad. Las únicas dos excepciones las constituyen el aporte de la solidaridad y la función del reaseguro que Ecat de Fosyga cumple para los regímenes contributivo y subsidiado (artículo 28). Esta visión es un obstáculo para llevar a cabo las acciones de la salud pública colectiva e individual y mejorar de manera significativa el estado de la salud de la población. La ausencia del enfoque integral de la salud está preñada de conflictos. Uno de ellos es el conflicto entre las EPS y las administradoras de riesgos profesionales ARP. Las EPS tienen el incentivo de presentar ciertas enfermedades como profesionales, para

que sean asumidas por las ARP. Las ARP al revés, van a tratar de presentarlas como las enfermedades generales, para cargarlas sobre las EPS.

Cada uno de los cuatro circuitos presenta su propia mezcla del mercado y de la regulación. El SGSSS, en este sentido, es una gama de *formas de gobernación* que se extiende de un mercado regulado (el régimen contributivo), pasando por la explosiva mezcla de los elementos estatales con los privados (el régimen subsidiado), llegando a la economía planificada con cuasi mercado (salud pública), y terminando en la economía planificada estilo stalinista (Red pública). La coexistencia de cuatro formas de gobernación dentro del SGSSS, según la teoría de sistemas, aumenta la complejidad del siste-

ma (Jackson, 2000) y crea dificultades a la hora de controlar el sistema.

Las restricciones a la lógica del mercado que impone el proyecto 052, no siempre están fundamentadas ni teórica ni empíricamente. Tal cosa ocurre con la restricción de la integración vertical. La intención de la restricción es contribuir a la competencia, pero al no seguir la teoría, el resultado es contrario al esperado.

Los autores del proyecto 052 tienen la ilusión legalista y confían en el funcionamiento automático de las normas. La realidad es muy distinta y enseña la necesidad de la gestión para lograr resultados. Sin embargo, el SGSSS presta poca atención a esta herramienta administrativa.

La reforma recompone algunas partidas entre los regímenes. Los 0,25 puntos de la cotización de 12%, que según la ley 100 pagaban las acciones de salud pública individual de las EPS, ahora se destinan a la salud pública colectiva. Es una decisión desde un punto de vista teórico fundamentada. En cambio, la centralización y la redistribución de las rentas cedidas puede ser una fuente de la insatisfacción de las entidades territoriales ricas y activas en la creación de tales rentas.

La reforma aumenta el aporte de solidaridad de 1 punto de la cotización de 12% a 1,2 puntos. Como muestra el balance de Fosyga de 2004, el aumento de 0,2 puntos de solidaridad no debe afectar las finanzas del régimen contributivo, porque los ingresos no aforados del régimen contributivo fueron mayores que el aumento propuesto (Fisalud 2005). Los recursos, que tenía SGSSS en 2004, ya eran significativos y permitían cubrir 100% de la población con cierta combinación de los POS contributivo y subsidiado. La incapacidad del SGSSS de brindar la cobertura del 100% se debe a los costos de transacción que

consumen una parte de los recursos. La reforma va a aumentar aun más los recursos del sistema por dos vías. Primero, porque ordena a la nación pagar al SGSSS del presupuesto nacional el equivalente de 1,3 puntos de cotización obligatoria de 12 puntos, y no el equivalente de 1 punto, como en la ley 100. Segundo, porque el sistema de los subsidios parciales va a establecer la concurrencia, quiere decir, las cotizaciones parciales, por parte de los beneficiarios de los subsidios parciales (artículo 45). El aumento del dinero va a permitir ampliar la cobertura y va a hacer aún más visible el desfase entre los recursos que entran y los pobres resultados que produce el sistema. Determinar las fuentes de los costos de transacción en el SGSSS y cuantificarlos es un reto teórico y práctico. El SGSSS no necesita más recursos, sino una gestión eficiente de los mismos.

El proyecto 052 no aborda las causas del malestar en el SGSSS, sino se limita a una reforma financiera, que va a ejercer un modesto efecto positivo mediante el aumento del monto de los recursos del sistema

Bibliografía

- Benítez, E; Maloof, D; Cogollos, A; Sosa, G; Angarita, A; Conde, J. 2005. Ponencia para el segundo debate al proyecto de ley 052 de 2004. Senado de la Republica, 20 de mayo de 2005. Bogotá.
- Campos, Jazmín; Rivera, Magda; Castañeda, Martha. 2004. El malestar de la salud en Colombia. *Economía Colombiana*. Contraloría General de la República. Julio – agosto. (303): 8-27
- Coase, Ronald H. 1937 The Nature of the Firm, *Economica*. November: 386-405.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes). 2002. Política de prestación de servicios para el sistema de seguridad social en salud. Documento Conpes 3204 del 6 de noviembre de 2002. DNP. Bogotá.
- Conpes. 2005. Distribución del Sistema general de participaciones. Vigencia 2005. Bogotá.



- Conpes Social (90). Enero de 2005.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS). 2003. Acuerdo 254 del CNSSS, 22 de diciembre de 2003. Bogotá. Ministerio de la Protección Social (www.minprotecciosocial.gov.co)
- Corwin, E. 1953. Vertical integration and the monopoly problem. *Journal of Marketing* (17): 404 - 411
- Departamento Nacional de Planeación. 2005. Informe del Gobierno al Congreso. www.dnp.gov.co
- Dussauge, Pierre; Garrette, Bernard. 1999. Cooperative strategy. *Competing successfully through strategic alliances*. John Wiley. New York.
- Fisalud. 2005. Balance contable de Fosyga para 2004. Ministerio de la Protección Social (www.minproteccionsocial.gov.co)
- Gorbaneff, Yuri (2003) Herramientas para la economía institucional, Bogota, FCEA
- Hammer, M., Champy, J. (1994) Reingeniería, Bogota, Norma
- Harmon, P. 2003. Business process change. Morgan. San Francisco.
- Jacka, M. (2002) Business process mapping, New Cork, John Wiley
- Jackson, Michael. 2000. Systems approaches to management. Kluwer. New York.
- Jensen, MC; Meckling, WH. 1976. Theory of the firm: managerial behavior, agency costs and ownership structure. *Journal of Financial Economics* (3).
- Jordan, Lewis. 1993. *Alianzas estratégicas*. Vergara. Buenos Aires.
- Marzorati, Osvaldo. 1996. *Alianzas estratégicas y joint ventures*. Buenos Aires, Astrea
- Olson, Mancur. 1992. *La lógica de la acción colectiva*. Noriega. México.
- Rodríguez, J. 2000. *Sistemas y procedimientos administrativos*. Ecafsa. México.
- Senge, Peter. 1999. *La quinta disciplina*. Granica. Barcelona.
- Smith, H. 2003. *Business process management*. Meghan. Tampa.
- Stigler, G. 1964. A theory of oligopoly. *The Journal of Political Economy*. 72 (1): 44 - 61
- Toro, Dilian. 2005. Reforma de la ley 100. Ponencia en la Comisión VII del Senado. Bogotá.
- Williamson, Oliver. 1991. Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives. *Administrative Science Quarterly*. 36 : 269-296.
- Yoshiko, Michael; Rangan, Srinivasa. 1996. *Las alianzas estratégicas*. Ariel. Barcelona.



ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA

Con el auspicio del Hospital Universitario de San Ignacio
y la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

